TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

DR J.-L. FAURE

Professeur de Clinique Gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris.



PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1920

TITRES UNIVERSITAIRES ET SCIENTIFIQUES

Externe des Hôpitaux, 1er février 1886.
Interne des Hôpitaux, 1er février 1887.
Aide d'Anatomie, 1889.
Prosecteur à l'Amphithéâtre des Hôpitaux, 1891.
Docteur en Médecine, 1892.
Chirurgien des Hôpitaux, 1895.
Membre de l'Association française de Chirurgie, 1896.
Agrégé de Chirurgie, 1898.
Membre de la Société de Chirurgie, 1903.
Directeur des exercices de médecine opératoire à la Faculté, 1904.
Membre de la Société internationale de Chirurgie, 1910.
Secrétaire général de l'Association française de Chirurgie, 1914.
Chirurgien consultant du Sous-Secrétariat d'état du Service de Santé à la IVe armée, 1916-1919.
Secrétaire général de la Société de Chirurgie, 1919.
Professeur de Clinique Gynécologique à la Faculté de Médecine, 1919.

Lauréat des Hôpitaux. (Accessit de médaille d'or, chirurgie, 1890.)
Lauréat de la Faculté de Médecine. (Médaille de bronze. Thèse, 1892.)
Lauréat de l'Institut. (Prix Mège, 1894.)
Lauréat de l'Académie de Médecine. (Prix Tarnier, 1910.)

ENSEIGNEMENT

Conférences d'Anatomie. Adjuvat, 1889-1891.

Cours d'Anatomie et de Médecine opératoire. (Amphithéâtre d'Anatomie des Hôpitaux, 1891-1895.)

Cours complémentaire de Pathologie externe à la Faculté de Médecine (1900-1901, 1901-1902, 1916-1917).

Chargé du Cours de Clinique chirurgicale (1er semestre 1902-1903, année 1903-1904).

Chargé du Cours de Clinique Gynécologique (juillet 1918-mars 1919).

Cours du Directeur des Exercices de Médecine opératoire. (École Pratique, 1904-1905.)

Conférences de Gynécologie à la Clinique Baudelocque (1904-1912).

Cours de Clinique Gynécologique (1919-1920).

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

Il peut paraître étrange qu'un gynécologue puisse avoir la haute ambition de représenter la Chirurgie Française à l'Académie des Sciences. Mais si les circonstances m'ont invinciblement désigné pour la chaire de gynécologie à laquelle m'a appelé l'unanimité de mes collègues de la Faculté de Médecine, je n'en ai pas moins, pendant une grande partie de ma carrière, travaillé de mon mieux pour le bien de la chirurgie générale. La gynécologie n'en est qu'une branche. Elle en est même de beaucoup la plus importante, et tout le monde sait que les trois quarts au moins des grandes opérations chirurgicales sont constituées par ces belles interventions de la grande gynécologie opératoire, qui ont inauguré l'ère chirurgicale moderne, et sont restées l'élément le plus important de la chirurgie tout entière.

Il est d'ailleurs indispensable que le gynécologue ait une éducation chirurgicale complète. S'il veut être digne de ce nom et capable d'enseigner son art, il doit même posséder au plus haut degré toutes les qualités du vrai chirurgien : connaissance profonde de l'anatomie, calme, patience, jugement droit, vision claire des nécessités opératoires, esprit de décision, courage devant les responsabilités.

C'est ce qui se passe en France où la gynécologie est entre les mains d'hommes ayant reçu, avant tout, une éducation chirurgicale. En Allemagne, la conception de la gynécologie est toute différente. Elle est associée à l'obstétrique, elle est pratiquée par des hommes qui ne sont pas rompus à toutes les difficultés de notre art, et c'est ce qui fait qu'au point de vue de l'exécution technique des grandes opérations de la gynécologie abdominale, il n'y a aucune comparaison possible entre les gynécologues d'origine et d'éducation allemandes et les chirurgiens français. C'est donc en travaillant comme chirurgien, c'est en appliquant à la gynécologie les règles et les méthodes de la chirurgie générale, que j'ai pu faire accomplir à la technique de cette branche de notre art des

progrès qui, comme je le montrerai plus loin, lui ont donné, je ne crains pas de le dire, sa forme définitive.

C'est ainsi qu'en dehors de mes études de gynécologie proprement dite, j'ai publié un assez grand nombre de travaux de chirurgie générale, qui ont surtout trait, soit à des opérations nouvelles ou à des procédés inédits, soit à l'exposé de mes idées personnelles sur divers points de la chirurgie active.

J'ai toujours eu peu de goût pour les mémoires et les compilations bibliographiques, estimant qu'une idée nouvelle, lorsqu'elle est bonne, ou un procédé opératoire inédit, lorsqu'il est bien conçu, sont plus utiles et plus intéressants que tous les travaux de bibliothèque. C'est dans ce sens que s'est presque toujours exercée mon activité.

J'ai, en outre, fait autrefois diverses recherches anatomiques, en particulier sur le *canal cystique*, sur *l'appareil suspenseur du foie* (voir p. 20), sur la *loge parotidienne*, étudiée tout particulièrement au point de vue chirurgical.

De même, à une époque déjà lointaine, j'ai publié certaines études d'un caractère plus général : un mémoire sur l'*Indolence des néoplasmes*, écrit sous l'inspiration de mon maître Verneuil ; une étude sur les *interventions d'urgence sur la cavité abdominale*, publiée à une époque où nos idées à ce sujet étaient encore flottantes ; un mémoire sur la *douleur thoracique dans les affections inflammatoires de la partie supérieure de l'abdomen*, symptôme dont j'ai révélé l'importance et qui semble devenu classique ; enfin plusieurs communications sur l'*anesthésie* et en particulier sur l'*anesthésie par le mélange de Schleich*, dont je me suis souvent occupé, et à laquelle je suis resté fidèle.

Mais ces publications n'ont, à mes yeux, que peu d'intérêt. Elles n'ont rien de la chirurgie véritable. Celle-ci ne commence qu'avec l'acte opératoire. Sans l'acte opératoire, elle n'est plus qu'une forme de la médecine. Elle n'est pas la chirurgie.

C'est pour cette raison que j'ai conscience d'avoir été et d'être resté un chirurgien. Avant que les circonstances ne m'aient orienté vers la gynécologie, je me suis, pendant de longues années, appliqué avec une véritable passion aux grandes entreprises de la chirurgie du cancer. J'ai toujours cru, et le crois plus que jamais, que nous avons, dans l'intervention précoce, une arme souveraine qui nous permet bien souvent de guérir cette maladie, qui passe encore pour incurable aux yeux de bien

des médecins, et même de bien des chirurgiens. Nous ne connaissions pas, il y a 25 ans, l'importance des agents physiques, et le radium était encore insoupçonné. Il était donc, à cette époque, permis de demander à l'acte opératoire plus encore que nous ne lui demandons aujourd'hui, et pendant une dizaine d'années, de 1895 à 1905 environ, j'ai conscience d'avoir été non seulement en France, mais dans le monde entier, un des chirurgiens qui ont travaillé avec le plus de persévérance, et je dirai même avec le plus de courage, — car il faut du courage pour persévérer dans cette chirurgie sanglante et difficile devant laquelle reculent, souvent avec raison, la plupart des chirurgiens — à lutter contre cette cruelle affection, et dans bien des cas à la vaincre, car il est des cas, en particulier dans le cancer de l'utérus, où nous l'avons vaincue.

A cette époque, je m'étais surtout attaqué aux cancers extérieurs et en particulier à ceux de la face et du cou, qui, de tous les cancers, sont ceux qui donnent lieu aux opérations les plus difficiles, les plus graves et les plus émouvantes. J'ai fait, à cette époque déjà lointaine, d'innombrables opérations et écrit de nombreux articles sur l'*extirpation des tumeurs du cou, de la langue, du pharynx et de l'arrière-gorge, des maxillaires supérieur et inférieur*. Pour l'extirpation des tumeurs du pharynx et de l'amygdale, j'ai décrit et exécuté bien souvent un procédé de *résection de la branche montante du maxillaire inférieur*, qui ne demandait que quelques secondes et facilitait singulièrement ces exérèses étendues. J'ai insisté plus tard, après m'être rendu compte de la gravité de ces interventions formidables, sur l'utilité qu'il y a, dans l'extirpation du cancer de la langue et des ganglions qui l'accompagnent, à faire l'*opération en deux temps*, et séparement, par le cou d'abord, par la bouche ensuite, sans toucher au plancher de la bouche, ce qui, tout en donnant à peu près autant de chances de guérison définitive, rend l'opération infiniment moins grave. J'ai décrit et exécuté des procédés originaux sur l'*extirpation des tumeurs de la parotide*, sur l'*extirpation du rectum* où je conseillais d'opérer par *voie sacro-périnéale* descendante, c'est-à-dire en allant d'abord isoler le rectum au-dessus du cancer, en région saine, ce qui rend l'hémostase beaucoup plus simple et l'extirpation beaucoup plus rapide (voir p. 47). J'ai décrit la *voie naso-maxillaire* pour l'extirpation des tumeurs du nasopharynx. Cette voie est actuellement acceptée de tous en rhinologie et considérée comme la meilleure. Elle permet, en effet, au prix d'une cicatrice peu importante et d'un délabrement osseux presque insignifiant,

d'utiliser, pour arriver sur le naso-pharynx, la cavité du sinus-maxillaire. Elle donne, à très peu de frais, beaucoup de jour, et il est souvent, grâce à elle, très facile d'extirper les tumeurs de l'arrière-cavité des fosses nasales (voir p. 47).

Enfin, en 1902, j'ai décrit et exécuté pour la premiére fois, dans deux cas de cancer de l'œsophage situé derrière la base du cœur, *l'extirpation de l'œsophage thoracique*, opération qui passait jusqu'alors pour impossible, et que quelques rares chirurgiens avaient tentée sans pouvoir parvenir à la mener à bien. J'ai montré que la condition indispensable pour pratiquer cette extirpation était la résection des premières côtes droites, près de leur insertion à la colonne vertébrale, *y compris la première*. Lorsque la première côte est sectionnée, le thorax s'ouvre, en effet, largement par sa partie postérieure, et il est assez facile d'enlever le segment d'œsophage atteint de cancer, en abouchant le bout supérieur à la peau et en abandonnant dans la cavité thoracique le bout inférieur convenablement traité (voir p. 44). Évidemment, c'est là une opération grave, mais dont à cette époque où on ne connaissait pas encore le radium, le principe n'était pas discutable. Elle montre en tout cas qu'à l'époque où je l'ai exécutée, et où j'avais d'ailleurs déjà décrit les principaux procédés d'hystérectomie que j'ai inventés, la pratique de la gynécologie ne m'empêchait nullement de donner des preuves manifestes de mon activité chirurgicale.

Mais si j'avais, à cette époque, une prédilection marquée pour les grandes opérations dirigées contre le cancer, j'avais, en même temps, étudié, décrit et exécuté diverses opérations nouvelles ou procédés opératoires inédits, d'importance d'ailleurs trés inégale : un *procédé de cure radicale des hernies sans fils perdus*, en utilisant, pour suturer les piliers, le sac herniaire lui-même convenablement traité ; un nouveau procédé de gastro-entérostomie, la *gastro-entérostomie par invagination*, qui n'est d'ailleurs qu'une complication inutile des excellents procédés déjà existants, le *plissement de l'estomac*, dirigé contre la dilatation exagérée de cet organe, opération qui avait été exécutée, à mon insu, en Angleterre, quelque temps avant que je ne fisse la première en France, *l'allongement des tendons des péroniers* destiné à remédier à la contracture de ces muscles ; une *nouvelle amputation ostéoplastique du pied*, amputation de l'avant-pied, avec arthrodése tibio-tarsienne qui donne un moignon excellent (voir p. 42).

Enfin j'ai décrit et exécuté en 1898 une opération très importante, qui a été pratiquée depuis un très grand nombre de fois, qui a donné de très nombreux succès, qui est aujourd'hui devenue classique et qui mérite quelques mots d'explication : il s'agit de l'*anastomose spino-faciale*, destinée à guérir la paralysie faciale due à la destruction du nerf facial dans le rocher, affection qui était jusque-là considérée comme absolument incurable (voir p. 43).

L'exécution de cette opération est délicate, mais le principe en est très simple. Lorsque le nerf facial a été détruit dans le rocher, soit par une fracture, soit par un projectile, soit, comme il arrive le plus souvent, par un accident opératoire au cours d'un évidement pétro-mastoïdien, il en résulte une paralysie faciale complète et irrémédiable.

L'opération consiste à aller rechercher le tronc du nerf facial dans la parotide, au point où il sort du trou stylo-mastoïdien, et à anastomoser ce tronc nerveux périphérique avec le nerf spinal, et en particulier avec la branche trapézienne de ce nerf, que l'on sectionne et dont on fixe le bout central au bout périphérique du facial. Dans ces conditions, l'anastomose se fait, la continuité nerveuse se rétablit, la régénération du nerf facial par les fibres du spinal se produit, et les muscles de la face paralysés reprennent leur contractilité. Une adaptation fonctionnelle se manifeste en général assez rapidement et, dans un très grand nombre de cas, on a vu la symétrie faciale se rétablir d'une façon à peu près parfaite. Je n'insiste ni sur les détails anatomiques de cette opération, ni sur les variantes qu'on lui a fait subir — anastomose termino-latérale; anastomose avec l'hypoglosse, etc. — C'est une opération qui est aujourd'hui acceptée de tous, qui est consacrée par l'épreuve du temps, et qui a dès maintenant rendu service à de nombreux malades en les débarrassant d'une infirmité souvent très pénible.

Voilà donc une douzaine de procédés opératoires originaux ou d'opérations nouvelles, qui, en dehors de la gynécologie, témoignent de mon labeur chirurgical.

La plupart de ces travaux ont d'ailleurs été l'objet de leçons que j'ai faites à la Charité, quand j'ai remplacé le professeur Tillaux, soit à l'Hôtel-Dieu, lorsque j'y suppléais le professeur Duplay, soit ailleurs, jusqu'en Amérique, et qui ont été recueillies en un volume (*Leçons de clinique et de technique chirurgicales*, 1905 (voir p. 78)).

En dehors de ces travaux, dont quelques-uns sont très importants, et qui présentent tous par quelque côté un certain degré d'originalité, j'en ai publié beaucoup d'autres, sous forme d'articles insérés soit dans la *Presse Médicale*, soit dans d'autres journaux, ou de communications faites soit à la Société de Chirurgie, soit aux Congrès français de Chirurgie, soit aux divers Congrès internationaux qui se sont succédés depuis plus de vingt ans, à Paris, Berlin, Bruxelles, Londres, Rome, Budapesth, Amsterdam, Lisbonne, Madrid, etc., et auxquels je me suis fait une obligation d'assister, convaincu qu'il y a un véritable devoir patriotique à aller représenter à l'étranger la chirurgie française, et que ceux-là ne font pas ce qu'ils doivent faire, qui laissent toujours aux autres le soin de remplir ce devoir.

Ces articles, ces communications, portent sur les questions les plus diverses de la chirurgie générale, et pour ne citer que ceux qui ont trait à la grande chirurgie, sur l'*hépatopexie* (thèse, 1892), sur le *traitement du goitre exophtalmique par la résection du grand sympathique*, sur le *traitement de l'hépatite aiguë par la dilacération du foie*, sur les *pancréatites*, sur la *laminectomie*, sur la *résection des racines postérieures des nerfs de la queue de cheval*, les *plaies du canal thoracique*, l'*entrée de l'air dans les veines*, la *ligature temporaire de l'aorte abdominale et des grosses artères du bassin*, la *désarticulation de la hanche*, *l'appendicite*, etc.

Enfin, j'ai collaboré aux grandes publications didactiques parues depuis vingt-cinq ans et écrit de nombreux chapitres qui n'ont, eux, aucun caractère original.

Ce sont : les *Maladies chirurgicales de l'appareil tégumentaire*, dans le Traité de Le Dentu et Pierre Delbet.

Les *Maladies chirurgicales du foie et des voies biliaires*, dans le même ouvrage.

Enfin, les *Maladies de l'anus et du rectum*, dans le Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus.

Ce sont là des ouvrages de longue haleine, qui ont pu avoir leur utilité, mais qui ne présentent aucun intérêt particulier.

Tels sont mes principaux travaux en chirurgie générale. Mais parallèlement, au cours de ces mêmes années, les événements m'avaient conduit à approfondir d'une façon de plus en plus précise la technique de la grande gynécologie, et en particulier de l'*hystérectomie*.

Et c'est parce que, au cours des années passées dans des services généraux, je m'étais efforcé, au milieu d'autres travaux, d'apporter quelques perfectionnements aux méthodes opératoires de la grande gynécologie que j'ai peu à peu pris la résolution de persévérer dans cette voie. J'ai progressivement accru mon expérience, perfectionné mes méthodes, développé mes idées et mûri les règles d'une technique dont j'avais étudié et parfois découvert les éléments au temps où, travaillant dans des services de chirurgie générale, je ne songeais nullement à me renfermer dans l'étude spéciale de la gynécologie.

Mes premières publications gynécologiques ayant quelque importance datent de plus de 20 ans. C'est en 1896 que je décrivis un nouveau procédé d'hystérectomie vaginale, *la segmentation transversale de l'utérus et des ligaments larges*, procédé qui, sans être d'une application générale, ni même commune, peut, dans certains cas difficiles, trouver des indications précieuses.

L'année suivante, en 1897, j'exécutai pour la première fois, à l'hôpital Laënnec, et je décrivis dans la *Presse Médicale* l'*hystérectomie abdominale par section médiane*, qui, dans les cas d'annexites bilatérales difficiles, rend chaque jour les plus grands services, et est actuellement adoptée par les chirurgiens du monde entier (voir p. 49). Peut-être y a-t-il encore quelques réfractaires, surtout en France, comme il est naturel, la plupart des hommes étant surtout ignorants de ce qui se passe à côté d'eux. Ils disparaîtront comme nous tous, mais, tant qu'on fera des hystérectomies, l'hémisection utérine vivra.

Un peu plus tard, en 1900, je décrivis l'*hystérectomie subtotale par section première du col*, procédé auquel je donnai plus tard le nom, aujourd'hui consacré, de *décollation utérine* (voir p. 55). Dès cette époque, je montrai comment la *section du col utérin*, qui est, par son insertion vaginale, le moyen de fixité principal de tout l'appareil utéro-annexiel, est la manœuvre capitale de toute hystérectomie, et comment, *lorsque le col est sectionné, l'opération est pour ainsi dire terminée*. Ce procédé répond à des indications très différentes suivant qu'on attaque le col par derrière, *décollation postérieure*, qui permet d'enlever l'utérus en quelques secondes, ou suivant qu'on l'attaque par devant, *décollation antérieure*, qui facilite énormément l'extirpation de l'utérus fixé en rétroflexion adhérente. Certains chirurgiens, Ricard, Louis Bazy, de Martel, enthousiasmés de ce procédé,

ont voulu l'ériger en méthode générale et l'appliquer à tous les cas d'hystérectomie pour annexites. Je suis très fier de cet honneur, mais ils exagèrent : dans les cas ordinaires il y a des procédés meilleurs, — procédé de H. A. Kelly, hémisection, — et la décollation antérieure doit être réservée aux annexites bilatérales avec utérus en rétroflexion adhérente. Dans la plupart des autres cas, ce procédé ne vaut pas les autres.

Dès cette époque, dans de nombreuses opérations, dans des leçons cliniques faites principalement à la Charité et à l'Hôtel-Dieu, dans divers articles, et enfin dans un ouvrage assez important publié en 1902 (*Chirurgie des annexes de l'utérus* (voir p. 78), je me suis attaché au perfectionnement de la technique de l'hystérectomie abdominale. J'avais mis en pratique les procédés existant avant moi et créé des procédés nouveaux, mais, au début, je n'avais pas d'idées très précises sur la supériorité relative de ces divers procédés suivant les cas en présence desquels on se trouve.

Peu à peu la lumière s'est faite dans mon esprit et je suis arrivé à poser des règles extrêmement claires sur la façon dont doit être conduite une hystérectomie, et sur les divers procédés à employer suivant les circonstances. Les diverses règles de cette « tactique de l'hystérectomie » ont été condensées dans un livre paru en 1906 : *L'hystérectomie. Indications et technique* (voir p. 78).

Dans ce livre que l'Académie de médecine a honoré du prix Tarnier (1910), la technique de l'hystérectomie est étudiée sous toutes ses faces et j'y ai posé, pour la technique générale et pour le choix des procédés, des règles précises auxquelles je n'ai depuis lors apporté aucune modification et que je résume en ces quelques lignes :

Le *col est le principal moyen de fixité de l'utérus*, et les *annexes enflammées et adhérentes se décollent beaucoup plus facilement lorsqu'on les attaque de bas en haut et de dedans en dehors*. Dans une hystérectomie abdominale, tous les efforts du chirurgien doivent donc tendre à aller le plus tôt possible *sectionner le col utérin*, et à aller, *par la voie la plus simple et la moins encombrée, attaquer le bloc utéro-annexiel par son pôle inférieur*. Or comme cette voie n'est pas toujours la même, l'attaque du bloc utéro-annexiel ne pourra pas toujours se faire de la même façon, et il faudra, pour y parvenir, *employer des procédés différents*. Tout l'art du chirurgien consiste à choisir le meilleur. C'est de ce choix que dépend la simplicité, la rapidité et, dans une certaine mesure, la gravité de l'opération.

Il ne faut donc pas, comme on le faisait autrefois, et comme trop de

chirurgiens le font encore aujourd'hui, s'efforcer de plier les lésions au procédé dont on a l'habitude; il faut, comme on doit le faire depuis que je l'ai démontré, en créant à cet effet des procédés nouveaux, adapter ces procédés à la diversité des lésions. Tout est là, et l'application de ces règles si simples a opéré une véritable révolution dans la technique de l'hystérectomie abdominale.

Telle est, en gynécologie, mon œuvre principale. Au milieu des opérations innombrables exécutées par tous les chirurgiens du monde, je me suis efforcé d'apporter une clarté salutaire, de créer une méthode directrice, une technique simple et précise qui puisse guider le chirurgien dans ces interventions toujours sérieuses, parfois difficiles, et lui permettre de les exécuter souvent avec une simplicité et une rapidité extraordinaires, toujours avec un minimum de risques et d'accidents. J'ai conscience, dans ce travail de plus de vingt années, d'avoir fait une œuvre utile, une œuvre qui restera tant qu'il y aura une chirurgie utérine, et d'avoir atteint le but le plus beau que puisse se proposer un chirurgien, celui d'avoir rendu service aux malades.

Mais on ne peut pas toujours créer des choses nouvelles. Depuis cette époque, j'ai surtout travaillé à développer par la parole, par la plume et plus encore par l'exemple de tous les jours, ces vérités techniques qui ont à mes yeux une importance capitale. Je les ai répandues dans le monde par des leçons, par des articles, par des opérations exécutées dans les pays étrangers et enfin par un livre important, le *Traité de gynécologie médico-chirurgicale* (1911) dont mon collègue A. Siredey a écrit la partie médicale, et dans lequel j'ai donné tous mes soins à la description technique des procédés opératoires et à la discussion de leurs indications (voir p. 80).

A côté de ces travaux principaux, mes autres publications gynécologiques, articles, leçons diverses, communications et rapports dans les sociétés scientifiques (Société de Chirurgie, Société d'Obstétrique, Gynécologie et Pédiatrie) dans les Congrès français ou internationaux (Congrès français de chirurgie, Congrès de gynécologie de Rome, d'Amsterdam, de Bruxelles, de Lille, de Toulouse, d'Alger, de Berlin; Réunion de la Société internationale de chirurgie à Bruxelles; Grands congrès internationaux de Paris, de Madrid, de Lisbonne, de Budapesth, de Londres), n'ont

que bien peu d'importance. Autant dire qu'ils ne comptent pas. Je n'en dirai donc rien, non plus que des nombreux articles de gynécologie que j'ai publiés dans la *Pratique médico-chirurgicale*, de Reclus, Pinard et Brissaud.

Je tiens cependant à signaler les travaux divers dans lesquels j'ai cherché à préciser les indications de l'hystérectomie vaginale, admirable opération, qui a été à ce point détrônée par l'hystérectomie abdominale qu'elle est aujourd'hui presque abandonnée, inconnue de beaucoup de chirurgiens et qu'un grand nombre d'internes de quatrième année n'en ont jamais vu faire. C'est une opération qu'il faut conserver, parce que, dans certaines conditions, elle permet de guérir des malades qui succomberaient fatalement à toute autre intervention. Je crois avoir été le premier, au Congrès d'Amsterdam, à dire que ce qui constituait avant tout l'indication principale de l'hystérectomie vaginale dans les suppurations annexielles et les infections pelviennes, c'était la virulence et l'acuité des lésions. Une plus longue expérience m'a convaincu de la vérité de ce que j'avançais alors. Dans les infections pelviennes graves, à commencer par les infections puerpérales qu'on juge devoir opérer, chez les femmes surinfectées, épuisées, et encore chez les femmes obèses, l'hystérectomie vaginale sauve des femmes qu'une intervention abdominale achèverait. C'est une opération qu'il faut connaître et c'est pourquoi j'en fais de temps en temps, afin de conserver une tradition qui menace de disparaître.

Je ne puis non plus passer sous silence mes travaux et mes publications sur le *traitement du cancer de l'utérus*.

Dès 1896, il y a par conséquent vingt-quatre ans, alors que l'hystérectomie vaginale était le seul traitement radical opposé au cancer utérin, je commençai à l'attaquer par la voie abdominale. Je crois avoir pratiqué la troisième opération faite en France, les deux autres ayant été faites quelques mois auparavant par Terrier et par Chaput. Depuis cette époque déjà lointaine je n'ai jamais cessé d'y avoir recours. Dans les années qui ont suivi j'ai été de ceux qui, en France et à l'Étranger ont, sans se décourager, entrepris de lutter avec persévérance contre cette affection que nos maîtres tenaient pour incurable et que, à cette époque, je considérais moi-même comme telle. Cependant, à l'Étranger paraissaient des publications qui annonçaient des guérisons durables, accueillies ici avec quelque scepticisme. Mais moi aussi, de temps en temps, je voyais des

malades guéries, et qui restaient guéries après 3, 4, 5 et 6 ans. C'est alors qu'en 1906, je voulus en avoir le cœur net. Je me mis à la recherche de mes opérées et à ma grande surprise, comme à ma grande joie, j'en retrouvai le plus grand nombre. Je communiquai mes observations à la Société de Chirurgie, et dès ce moment je m'attachai de plus en plus à l'étude de cette question passionnante.

Depuis cette époque, et en grande partie sous l'influence de cette communication et des discussions qui suivirent, un certain nombre de chirurgiens énergiques, au premier rang desquels je citerai Pollosson, ont en France entrepris une lutte de tous les jours contre la plus cruelle des affections dont puissent souffrir les femmes. Tout récemment (1920), j'ai communiqué à la Société de Chirurgie les résultats obtenus chez l'ensemble des opérées de la ville, que j'ai pu suivre et retrouver. Ces résultats, dans le détail desquels je ne puis entrer, confirment ceux que j'avais obtenus jadis. Dans l'ensemble des cas opérés, la guérison durable est obtenue dans plus de la moitié des cas; chez les malades prises au début, dans plus de 80 pour 100, exactement 14 sur 17. — Nous savons donc maintenant que les pauvres femmes atteintes de cancer de l'utérus peuvent guérir par l'opération. Nous savons même qu'elles guérissent presque toutes lorsqu'elles sont opérées au début de leur mal, et que si celui-ci reste encore redoutable quand il n'est pas opéré de bonne heure, nous pouvons encore apporter le salut à un grand nombre de celles dont le mal est déjà assez avancé, et qui, autrefois, passaient à juste titre pour absolument incurables.

Je sais bien qu'aujourd'hui tout est remis en question. Les beaux résultats que donne le radium ne sont pas discutables, au moins dans les cas avancés. Il faut attendre pour se prononcer, et, jusqu'à nouvel ordre, les résultats que j'ai obtenus me donnent la conviction que, dans les cas favorables, lorsque le cancer est attaqué à son début, l'opération donne des résultats plus certains et qui sont en tout cas consacrés par le temps, puisque je connais actuellement des malades radicalement guéries depuis plus de 20 ans. Quel que soit l'avenir, c'est pour moi une satisfaction profonde que d'avoir contribué par mon travail et par ma persévérance dans l'action, malgré la fatigue imposée par des opérations parfois terribles, malgré les angoisses, malgré les accidents et malgré les échecs, qui d'ailleurs deviennent de plus en plus rares, à mener la bataille contre le cancer utérin et à la conduire jusqu'à la victoire.

Depuis un an, j'ai l'honneur de diriger la Clinique Gynécologique de la Faculté de Médecine de Paris. Dans ma leçon inaugurale, que j'ai eu la satisfaction de voir accueillir avec bienveillance, j'ai dit comment je concevais mon enseignement, et je me suis conformé à mes principes. L'enseignement de la clinique gynécologique est donné partout à Paris, dans tous les services de chirurgie générale, et même dans certains services de médecine — par des maîtres excellents. Mais il faut qu'il y ait quelque part un centre où s'enseignent et se perfectionnent les grands principes de cette technique qui est, en réalité, ce qu'il y a de plus important, parce que c'est d'elle que dépend la vie et la mort des opérées. Nous sommes tous d'accord, ou à peu près, sur la façon dont doivent être soignées les maladies des femmes, sur celles qu'il faut traiter médicalement ou sur celles pour lesquelles il faut avoir recours au traitement sanglant. Ce n'est pas dans l'indication des opérations que les différences se manifestent entre les chirurgiens, c'est dans leur exécution. Cela ne devrait pas être, car s'il y a quelquefois plusieurs manières de bien faire une opération, il n'y en a qu'une de l'exécuter d'une façon parfaite! Et cela n'est nulle part aussi vrai que pour une hystérectomie, où, parmi les divers procédés qui permettent de la conduire à bien, il y en a toujours un qui est préférable à tous les autres, qu'il faut connaître et qu'il faut choisir. Mon ambition est donc de faire de mon service le centre où s'enseigneront par l'exemple et se conserveront par la tradition ces principes, d'ailleurs très simples, que tous mes élèves connaissent aussi bien que moi, et qui, grâce à eux, commencent à se répandre à travers le monde.

J'ai pu me convaincre que mes efforts n'ont pas été vains. J'ai la satisfaction de voir qu'un grand nombre de chirurgiens étrangers viennent dans mon service assister aux opérations, et y reviennent lorsqu'ils y sont venus. Je puis constater par ce qu'ils me disent et par les lettres de ceux qui m'écrivent souvent lorsqu'ils sont revenus dans leur pays, que toutes ces leçons ne sont pas perdues et qu'elles contribuent à répandre au loin le bon renom de la Chirurgie Française. Je n'en demande pas davantage.

Mais les hommes passent et la vérité demeure. — Il faut que ces procédés et ces méthodes opératoires soient enseignés et conservés autrement que par les livres. La chirurgie ne s'apprend que par la vue. Pour bien se rendre compte d'une opération, il faut la voir exécuter sous ses yeux. J'ai donc pensé qu'il serait bon, qu'il serait utile de conserver l'image vivante de ces opérations afin que chacun puisse se rendre compte de leur sim-

plicité et des mille détails que ne peut rendre aucune description et qui, cependant, contribuent à leur réussite, à leur perfection, à leur élégance et parfois même à leur véritable beauté. J'ai donc fait prendre au cinématographe un certain nombre d'opérations, qui représentent les divers procédés d'hystérectomie. Les projections en sont très belles, très instructives, elles constituent un moyen d'enseignement parfait, que rien ne saurait remplacer, et des documents durables sur lesquels pourront nous juger les chirurgiens qui viendront après nous.

Telle est, brièvement résumée, mon œuvre chirurgicale. J'ai travaillé sincèrement, j'ai fait ce que j'ai pu et du mieux que j'ai pu. J'ai conscience, en tout cas, d'avoir, dans la lutte contre le cancer, donné un exemple durable d'énergie qui a trouvé sa récompense dans le salut de bien des malades, et d'avoir, dans cette admirable chirurgie gynécologique, qui m'a depuis bien longtemps passionné, découvert des principes et établi des règles qui lui ont donné une sécurité et une précision qu'elle ne perdra plus.

ANATOMIE

L'appareil suspenseur du foie. *Thèse.* Paris, 1892.

Cette étude anatomique constitue la première partie de ma thèse de doctorat, qui comporte également une partie chirurgicale importante : *L'Hépatoptose et l'Hépatopexie.*

Dans ce travail, j'étudie les moyens de fixité du foie, les divers ligaments déjà connus, à l'anatomie desquels j'apporte quelques précisions. Je démontre que le principal moyen de fixité du foie est son adhérence à la veine cave inférieure, à laquelle il est comme suspendu et qui est elle-même fixée au centre phrénique du diaphragme soutenu par l'appareil fibreux du péricarde.

Quelques points de l'anatomie du canal cystique. *Bull. Soc. anat.*, juillet 1892.

Description très complète des diverses dispositions du canal cystique, avec dessins, d'après des moulages métalliques que j'ai exécutés pendant un concours à l'Amphithéâtre des hôpitaux et qui sont déposés au Musée de cet établissement.

Étude anatomique sur l'extirpation de la parotide et la résection préliminaire du bord postérieur de la mâchoire. *Gaz. hôp.*, 23 mars 1893.

Dans ce travail, j'étudie spécialement les pédicules artériels et veineux de la parotide, et je donne de ces divers pédicules, ainsi que de l'extirpation de la glande, une description aujourd'hui classique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Rétrécissement mitral pur chez l'homme. Malformation de la valvule de Thebesius. *Bull. Soc. anat.*, mars 1887.

Exstrophie de la vessie (avec H. Hartmann). *Bull. Soc. anat.*, mars 1887.

Orchite tuberculeuse aiguë. *Bull. Soc. anat.*, mars 1888.

Mal de Pott. Pachyméningite dorso-lombaire. *Bull. Soc. anat.*, mars 1888.

Tuberculose de la voûte orbitaire : propagation à la dure-mère et au cerveau. *Bull. Soc. anat.*, mars 1888.

Synovite de la gaine du jambier antérieur et hygroma prétibial à grains riziformes. *Bull. Soc. anat.*, avril 1888.

Tuberculose urinaire. *Bull. Soc. anat.*, 14 décembre 1888.

Ostéomyélite ancienne. *Bull. Soc. anat.*, 9 janvier 1891.

Kyste congénital thyro-hyoïdien. *Bull. Soc. anat.*, juin 1893.

Fracture partielle de la rotule figurant un corps étranger articulaire. *Bull. Soc. anat.*, janvier 1895.

Exostose digitiforme de la fosse iliaque interne. *Bull. Soc. anat.*, janvier 1895.

Anomalie dans la situation du cæcum et de l'iléon. *Bull. Soc. anat.*, janvier 1895.

Anomalie d'origine de l'artère sous-clavière droite. *Bull. Soc. anat.*, janvier 1895.

Cancer de la portion intra-thoracique de l'œsophage enlevé par la voie cervico-thoracique. *Bull. Soc. anat.*, 19 décembre 1902.

Polype placentaire avec hyperplasie déciduale. *La Gynécologie*, 1909, et *Soc. obst. et gyn.*, 14 décembre 1909.

PATHOLOGIE MÉDICO-CHIRURGICALE

Note sur les effets de l'acétanilide dans le traitement de l'épilepsie. *Soc. biol.*, 27 juin 1887.

Étude sur la fièvre hystérique (une observation *in* Th. Chauveau). Paris, 1888.

L'indolence des néoplasmes. Étude sur la phyaiologie de la douleur dana le cancer. *Gaz. hebd.*, 1895, p. 50.

Étude assez importante faite sous l'inspiration de mon maître Verneuil, et dans laquelle j'insistais sur l'absence de douleurs qui se rencontre régulièrement dans le cancer au début. Je montrais comment les cancers douloureux sont ceux qui mettent obstacle à une fonction — (langue, pylore, rectum) ou envahissent des troncs nerveux. D'où la nécessité de ne point attendre l'apparition des douleurs pour s'occuper de soigner le cancer. Vérité évidente — encore méconnue par presque tous les malades — et par beaucoup de médecins.

De l'importance des douleurs irradiéea et des douleurs à distance, dans le diagnostic et le pronostic du cancer. *Gaz. hebd.*, 1895, p. 75.

Quelques remarquea sur la physiologie de la douleur dans le cancer. *Gaz hebd.*, 1875, p. 158.

Pour la cocaïne : Réponse à quelques objections faitea à la méthode de Reclus. *Gaz. hebd.*, 1896, p. 717.

Les ganta imperméables dans la Pratique journalière. *Journal des Praticiens*, 1902.

Cet article écrit à une époque où les gants étaient encore très discutés, et qui décrivait avec enthousiasme la perfection des gants de Chaput, en montrant la nécessité de se servir de gants non seulement en chirurgie, mais encore en médecine — ne fut-ce que pour les autopsies — a eu une influence certaine sur la vulgarisation des gants de Chaput, qui ont rendu tant de serviees.

Les gants imperméables en médecine et en chirurgie. Congrès pour l'avancement des sciences. Reims, 21 octobre 1907.

Grippe et chirurgie. *Presse méd.*, 24 juillet 1919.

Article dans lequel j'ai montré combien l'ambiance grippale aggravait le pronostic des interventions chirurgicales, en déterminant des complications pulmonaires, phlébitiques et emboliques, inconnues en dehors des épidémies.

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Traitement des fractures de l'extrémité inférieure du tibia avec menace de perforation de la peau (Clinique de Verneuil). *Gaz. Hôp.*, 12 juillet 1888.

De l'Hydrocèle péritonéo-vaginale ou Hydrocèle congénitale. *Gaz. Hôp.*, 17 août 1889.

Tuberculose testiculaire et castration (une observation *in* Th. Bastide). Paris, 1889.

L'Hépatoptose et l'Hépatopexie. *Thèse.* Paris, 1892.

Deuxième partie de ma thèse de doctorat, la première partie étant consacrée à l'*appareil suspenseur du foie.*

Étude clinique et expérimentale complète de l'hépatoptose et des moyens chirurgicaux d'y remédier (Hépatopexie).

Péritonite consécutive à une perforation de la vésicule biliaire. Grossesse de 2 mois 1/2. Laparotomie. Guérison sans aucun trouble de la grossesse. *Bull. Soc. méd. des Hôp.*, 1896, p. 741 (avec Siredey) et *Gaz. hebd.*, 1897, p. 97.

Contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval. Décollement de la vésicule biliaire et hémorragie du foie. Laparotomie. Guérison. *Soc. chir.*, juillet 1896.

Désarticulation de la hanche pour tuberculose de la presque totalité du fémur (une observation *in* Th. Coronet). Paris, 1896.

Le plissement de l'estomac. *Gaz. Hôp* , 2 mars 1897.

Cette opération que j'ai exécutée en 1896, et que je croyais avoir inventée, n'était en réalité pas nouvelle et avait même déjà été pratiquée une fois en France.

A propos de quelques interventions d'urgence sur la cavité abdominale *Gaz. Hôp.*, 1897, p. 574.

Travail important dans lequel j'étudie les résultats d'un assez grand nombre de laparotomies pratiquées pour la plupart pendant le service de garde, et dans lequel j'arrive à cette conclusion, évidente aujourd'hui, mais qui ne l'était pas alors, que les interventions ont d'autant plus de chances d'être suivies de succès que l'état d'infection péritonéale est moins grave au moment de l'intervention.

Résection bilatérale du grand sympathique cervical dans le goitre exophtalmique. *Acad. de méd.*, 22 juin 1897.

Sur le traitement du goitre exophtalmique par la résection totale du grand sympathique. *Congrès de chir.*, 1897, p. 273.

Je me suis, à cette époque, sérieusement occupé de cette opération, qui était alors tout à fait nouvelle. J'en ai fait un certain nombre et je suis probablement celui qui, à cette époque, ait le plus fait pour cette question délicate, qui depuis a donné lieu à de très nombreux travaux.

Laparotomie et taille intestinale pour un polype de l'intestin grêle ayant déterminé une invagination intestinale chronique *Soc. chir.*, 3 novembre 1897.

Sur le traitement des névralgies incurables du cancer de l'utérus par la résection des racines postérieures des nerfs de la queue de cheval *Gaz. hebd.*, 1897, p. 1158.

L'Hémirésection du thorax. *Gaz. Hôp.*, 1898, p. 199.

Pied bot valgus par contracture des péroniers latéraux. Allongement des péroniers. Guérison (rapport de Kirmisson). *Soc. chir.*, 26 février 1898.

Résection presque totale de l'estomac (Présentation de malade). *Soc. chir.*, octobre 1898 (Rapport de Tuffier, 1899).

Traitement chirurgical de la paralysie faciale par l'anastomose spino-faciale. *Congrès de chir.*, octobre 1898.

Deux pièces de cancer du rectum enlevées par voie abdomino-périnéale (Présentation). *Soc. chir.*, 12 avril 1899.

Appendice enlevé à la 15e heure (Présentation). *Soc. chir.*, 26 avril 1899.

Pancréatite (Présentation de malade). *Soc. chir.*, 10 mai 1899.

De la ligature élastique temporaire de l'aorte abdominale, comme moyen d'hémostase provisoire au cours de certaines opérations. *Revue de gyn. et de chir. abdom.*, août 1899, p. 713.

Tumeur des os (Discussion). *XIIIe Congrès de chir.*, octobre 1899.

Traitement chirurgical de la paralysie faciale par l'anastomose spino-faciale. *Congr. chir.*, octobre 1899.

Sur la ligature temporaire des artères. *Gaz. hebd.*, 26 octobre 1899.

Sur le traitement chirurgical du cancer. *Congr. internat. de méd.*, 2-9 août 1900.

Importante communication d'ordre général, dans laquelle je donne

la statistique des cancers opérés jusqu'à ce jour, avec les guérisons durables obtenues en assez grand nombre. C'est un appel convaincu à la lutte chirurgicale contre le cancer, qui me passionnait à cette époque.

La douleur thoracique dans la péritonite par perforation de l'estomac. *Sem. méd.*, 23 janvier 1901.

C'est dans ce travail que j'ai décrit la *douleur thoracique* comme pathognomonique des affections inflammatoires de la région sus-ombilicale de l'abdomen. Ce signe dont j'avais déjà parlé dans mon travail sur les interventions d'urgence sur la cavité abdominale (*Gaz. des Hôp.* 1897), est aujourd'hui devenu classique.

Kyste hydatique du foie traité par la méthode de Delbet (Présentation). *Soc. chir.*, 31 juillet 1901.

Seringue de Pravaz retirée d'un corps caverneux (Présentation). *Soc. chir.*, 20 novembre 1901.

Sur deux cas de chirurgie du pancréas. *Congr. chir.*, octobre 1902.

Entrée de l'air dans les veines (Discussion). *Congr. chir.*, octobre 1902.

Cancer de l'œsophage intra-thoracique (Présentation de pièces). *Soc. chir.*, 17 décembre 1902.

Principes de chirurgie (Leçon inaugurale de la clinique de l'Hôtel-Dieu) (suppléance du Prof. Duplay). *Presse médicale*, 17 janvier 1903.

Cancer de la portion intra-thoracique de l'œsophage. Extirpation par la voie médiastinale postérieure droite combinée à une incision cervicale. *Soc. chir.*, 28 janvier 1903 (Leçons de la Cl. de l'Hôtel-Dieu). *Presse méd.*, 14 mars 1903.

Dans cette observation, il s'agit de la première extirpation de cancer intra-thoracique de l'œsophage qui ait été faite sur le vivant. (Voir procédés opératoires, p. 44).

Sur les erreurs de la radiographie. *Soc. chir.*, 11 mars 1903.

L'extirpation de l'œsophage thoracique. *Presse méd.*, 19 mars 1903.

La chirurgie du médiastin postérieur. *Congr. de Madrid.*, 23-30 avril 1903.

Statistique du service de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. *Leç. Clin.*, *Gaz. Hôp.*, 18 juin 1903.

A propos du traitement de l'anus contre nature. *Soc. chir.*, 22 juillet 1903.

La cure chirurgicale de la paralysie faciale. *Soc. chir.*, 22 juillet 1903.

Sur les branchiomes du cou. *Soc. chir.*, 29 juillet 1903.

La voie trans-hyoïdienne dans l'extirpation des tumeurs de la région glosso-épiglottique. *Congr. de chir.*, octobre 1903.

Sur un cas de plaie du canal thoracique. *Soc. chir.*, 4 novembre 1903.

Volumineux angiome de la lèvre inférieure. Extirpation et chéiloplastie (Rapport sur une observation de Morestin). *Soc. chir.*, 30 décembre 1903.

Sur le cancer de la langue (Discussion). *Soc. chir.*, 23 mars 1904.

Épithéliome du maxillaire supérieur (Présentation). *Soc. chir.*, 28 mars 1904.

Ligature de la carotide primitive (Discussion). *Soc. chir.*, 21 juin 1904.

De l'hépatite aiguë et de son traitement chirurgical (Rapport sur un travail du Dr Denis). *Soc. chir.*, 27 juillet 1904.

Sur la cloche pneumatique de Sauerbruck (Discussion). *Congr. de chir.*, octobre 1904.

Corps étranger de l'œsophage (Discussion). *Soc. chir.*, 21 décembre 1904.

Polype naso-pharyngien opéré par voie naso-maxillaire (Présentation). *Soc. chir.*, 28 décembre 1904.

Incision d'un panaris. *Presse méd.*, 14 janvier 1905.

Anévrisme poplité. Extirpation; gangrène de la jambe. *Soc. chir.*, 22 mars 1905.

L'intervention chirurgicale dans l'appendicite. *Presse méd.*, 5 avril 1905.

Corps étranger de l'estomac, gastrotomie. Guérison (Rapport sur une observation du Dr Godineau). *Soc. chir.*, 17 mai 1905.

Hypertrophies musculaires partielles donnant lieu à des erreurs de diagnostic (Discussion). *Soc. chir.*, 28 juillet 190 5

Technique de l'extirpation des tumeurs malignes du maxillaire inférieur. *Presse méd.*, 18 novembre 1905.

Cent cas d'anesthésie par l'appareil de Ricard. *Soc. chir.*, 29 novembre 1905.

Myxo-chondrome branchial de la région sous-maxillaire droite. *Soc. chir.*, 20 décembre 1905.

Occlusion intestinale par l'hiatus de Winslow. Hernies internes à travers l'hiatus de Winslow (Rapport sur un travail de MM. Jeanbrau et Riche). *Soc. chir.*, 28 mars 1906.

Rapport sur un nouvel appareil à anesthésie de M. Soubeyran. *Soc. chir.*, 4 avril 1906.

A propos de l'appendicite. *Presse méd.*, 15 avril 1906.

Plaie de la moelle par balle de revolver. Laminectomie. *Soc. chir.*, 21 mai 1906.

Chirurgie des gros troncs veineux (Discussion). *Congr. de chir.*, octobre 1906.

Voies et moyens d'accès dans le thorax au point de vue opératoire. *Congr. de chir.*, oct. 1906.

Technique de l'amputation du sein. *Presse méd.*, 3 novembre 1906.

Traitement des cancers du pharynx. *Soc. chir.*, 9 janvier 1907.

A propos des pancréatites. *Soc. chir.*, 26 mars 1907.

Épithéliome adamantin du maxillaire supérieur (Discussion). *Soc. chir.*, 26 mars 1907.

Luxation incoercible de la clavicule. Réduction persistante obtenue avec l'appareil d'Heitz-Boyer (Rapport). *Soc. chir.*, 5 juin 1907.

Tumeur primitive du pneumogastrique (fibro-sarcome). Résection du pneumogastrique. Guérison (Rapport). *Soc. chir.*, 19 juin 1908.

Paralysie faciale double (Discussion). *Soc. chir.*, 10 juillet 1907.

Actinomycose (Présentation). *Soc. chir.*, 31 juillet 1917.

Sur la valeur des transplantations nerveuses, musculaires et tendineuses dans le traitement des paralysies (Discussion). *Congrès fr. de chir.*, octobre 1907.

Tuberculose recto-sigmoïdienne traitée par la méthode endoscopique (Discussion). *Soc. chir.*, 13 novembre 1907.

Sur la ligature des carotides (Discussion). *Soc. chir.*, 27 novembre 1907.

Goitre parenchymateux volumineux et total traité par l'exothyropexie (Rapport sur une observation du Dr Jacob). *Soc. chir.*, 11 décembre 1908.

Un cas de résection du foie. *Soc. chir.*, 15 janvier 1908.

A propos de la rachistovaïnisation (Discussion). *Soc. chir.*, 8 avril 1908.

Pince-aiguille pour suture automatique, par Coryllos (Rapport). *Soc. chir.*, 28 octobre 1908.

Cancer du maxillaire supérieur à début sinusal (Discussion). *Soc. chir.*, 18 novembre 1908.

Ligature des deux jugulaires internes (Discussion). 17 février 1909.

Le traitement du cancer par la fulguration (Discussion). *Association pour l'étude du cancer* et *Presse méd.*, 15 mars 1909.

La réaction de fixation dans le diagnostic des kystes hydatiques du foie. *Soc. chir.*, 24 mars 1909.

Infections et suppurations du pancréas. *Presse méd.*, 31 mars 1909.

Accidents chloroformiques chez les ictériques (Discussion). *Soc. chir.*, 4 mai 1910.

Enchondrome de l'ethmoïde (Discussion). *Soc. chir.*, 24 juin 1909.

Un cas de péricardite tuberculeuse traitée par la péricardotomie sans drainage. Guérison (Discussion). *Soc. chir.*, 22 février 1911.

A propos de la pharyngotomie. *Soc. chir.*, 8 mars 1911.

Brûlure des os du crâne per électrocution. Trépanetion et greffe par glissement *Soc. chir.*, 8 mars 1911.

A propos des brûlures électriques. *Soc. chir.*, 22 mars 1911.

Ligature du tronc brachio-céphalique dans un cas d'enévrisme de l'aorte. *Soc. chir.*, 14 juin 1911.

Des fractures du rachis cervical chez les plongeurs (Discussion). *Soc. chir.*, 15 décembre 1911.

Cancer du plancher de la bouche (Discussion). *Soc. chir.*, 22 mars 1912.

Sur l'anesthésie par le mélange de Schleich. *Soc. chir.*, 27 mars 1912.

Présentation de l'appareil à anesthésie du Dr Geuthier. *Soc. chir.*, 17 avril 1912.

De la trensfusion d'ertère à veine dans les hémorragies graves (Discussion). *Soc. obst. et gyn.*, 22 avril 1912.

A propos de l'anesthésie par les injections intra-musculeires d'éther. *Soc. chir.*, 24 avril 1912.

Ostéomyélite tuberculeuse du fémur, désarticulation de la hanche avec hémostase par le procédé de Momburg (Rapport de Sieur) (Discussion). *Soc. chir.*, 12 juin 1912.

Sur le treitement de l'hépatite diffuse par la dilacération du foie. *Soc. chir.*, 10 juillet 1912.

Très belle observetion suivie de guérison.

Présentation d'une pièce de prostetectomie d'un opéré ayent succombé à une embolie aérienne, par Marion. (Discussion). *Soc. chir.*, 4 novembre 1912.

Tétanos anormal apparu chez un enfant malgré une injection préventive de sérum antitétanique. Rapport de Riche. (Discussion), 22 janvier 1913.

Goitre unilatéral droit très volumineux. Troubles respiratoires. Hémi-thyroïdectomie sous-capsulaire, par le Dr Sikora (Rapport). *Soc. chir.*, 19 mars 1913.

Hydronéphose et néphrectomie après pyélographie. (Présentation de malade). *Soc. chir.*, 25 juin 1913.

Traitement de l'appendicite. (Discussion). *Soc. chir.*, 23 juillet 1910.

Fibrome pur du cæcum (avec Desplas). *Presse méd.*, 3 septembre 1913.

Sur le pneumothorax chirurgical. (Discussion). *Soc. chir.*, 24 décembre 1913.

Traitement des plaies de guerre gangreneuses par le débridement et la stérilisation à l'air chaud. *Soc. chir.*, 21 octobre 1914.

Appareil amovible pour l'immobilisation des fractures du bras et du coude, par Dupont et Kendirdjy. (Présentation). *Soc. chir.*, 28 octobre 1914.

Anévrisme du pli du coude consécutif à une plaie par balle de shrapnell. (Discussion). *Soc. chir.*, 28 octobre 1914.

Monoplégie du membre inférieur consécutive à un coup de feu de la cuisse sans blessure apparente de l'appareil d'innervation. (Discussion). *Soc. chir.*, 4 novembre 1914.

Des hémorragies secondaires dans les plaies de guerre. (Discussion). *Soc. chir.*, 11 novembre 1914.

Appareil pour l'extension des fractures de cuisse, du prof. Forgue. (Présentation). *Soc. chir.*, 18 novembre 1914.

Des indications opératoires dans les cas de projectiles de l'articulation du genou. (Discussion.) *Soc. chir.*, 2 décembre 1914.

Considérations générales sur une statistique de 840 blessés de guerre, par le Dr Grinda. (Rapport). *Soc. chir.*, 16 Décembre 1914.

A propos de la recherche des projectiles sous l'écran radioscopique. *Soc. chir.* 3 mars 1915.

Balle siégeant dans la paroi postérieure du phsrynx. (Présentation). *Soc. chir.*, 16 mars 1915.

Traitement à l'ambulance des fractures ouvertes et des arthrites purulentes des membres par les appareils plâtrés à anses armées, par le Dr Lance. (Rapport). *Soc. chir.*, 14 avril 1915.

Sur quelques appareils pour fractures compliquées. *Presse méd.*, 20 mai 1915.

Des blessures produites par les petits éclats métalliques. (Discussion). *Soc. chir.*, 15 juin 1915.

Tumeur paranéphrique. (Présentation de pièce). *Soc. chir.*, 22 juin 1915.

Plaie de l'anse sigmoïde avec éviscération. Gangrène et résection de l'anse. Technique opératoire pour la guérison de l'anus inguinal consécutif, par Quénu. (Discussion). *Soc. chir.*, 6 juillet 1915.

Note sur un procédé d'amputation de cuisse. (Discussion). *Soc. chir.*, 6 juillet 1915.

Sur un procédé nouveau pouvant amener les restaurations de l'épaule. La transplantation de la clavicule, par le Dr Dauriac. (Rapport). *Soc. chir.*, 13 juillet 1915.

Six mois de chirurgie de guerre dans un hôpital de l'arrière, par le Dr Petit de la Villéon. (Rapport). *Soc. chir.*, 17 août 1915.

Perforation de l'artère poplitée, par Proust. (Rapport). *Soc. chir.*, 16 novembre 1915.

Éclat de grenade libre dans le ventricule droit, par Vouzelle. (Rapport). *Soc. chir.*, 16 novembre 1915.

Résection abdomino-périnéale pour épithélioma. (Discussion). *Soc. chir*, 16 novembre 1915.

Action de certains antiseptiques sur le pus. (Discussion). 11 janvier 1916.

Trois projectiles post-cardiaques extraits par trois voies et procédés différents, par le Dr Petit de la Villéon. (Rapport). *Soc. chir.*, 18 avril 1916.

Statistique de l'extraction de corps étrangers au compas de Hirtz, par Bernard Desplas et Chevalier. (Rapport). *Soc. chir.*, 18 avril 1916.

Stérilisation et fermeture des plaies de guerre, par Dehelly et Dumas. (Discussion sur le rapport de Tuffier). *Soc. chir.*, 23 mai 1916.

Sur un cas de résection après suture du sciatique poplité externe. (Discussion sur le rapport de Hartmann). *Soc. chir.*, 8 août 1916.

L'extraction des projectiles intra-pulmonaires à la pince sous écran. 58 opérations. 58 guérisons complètes, par Petit de la Villéon. (Rapport). *Soc. chir.*, 8 août 1916.

A la suite de ce rapport et de quelques opérations faites par le Dr Petit de La Villéon, tant dans certains hôpitaux du front qu'à Paris,

cette méthode fut reconnue excellente et un service spécial fut confié à son inventeur.

De la suture primitive des plaies de guerre et de leur traitement aseptique, par Chalier. (Rapport). *Soc. chir.* 3 janvier 1917.

Sur les tumeurs provoquées par l'huile camphrée. (Présentation de pièces). *Soc. chir.*, 27 février 1917.

De l'auto-stérilisation des plaies de guerre, par Legrand. (Discussion du rapport de Delbet). *Soc. chir.*, 19 juin 1917.

Sur l'emploi d'un fixateur colorant avant la désinfection mécanique des plaies. (Discussion du rapport de Delbet). *Soc. chir.*, 26 juin 1917.

Sur les causes de la fréquence de l'appendicite chronique. *Presse méd.*, 28 juin 1917.

Dans cet article basé sur une longue expérience, j'étudie les causes anatomiques, histologiques, mécaniques qui font qu'en réalité peu d'appendices échappent à des lésions diverses : coudures, retrécissements, folliculites, scléroses, calculs, dont il est impossible de prévoir *à priori* la nature exacte, et qui, dés qu'elles se manifestent par des signes quelconques, rendent une opération nécessaire. Il est beaucoup moins grave d'enlever un appendice malade alors qu'on ignore la lésion dont il est atteint, que de le garder.

De la transformation primitive en fractures fermées des fractures de cuisse par blessures de guerre, par Lagoutte. (Rapport). *Soc. chir.*, 17 juillet 1917.

Dans ce rapport, après avoir constaté les résultats admirables obtenus dans les hôpitaux du front par la plupart des chirurgiens, j'émis l'avis que les blessés, étant en général beaucoup mieux soignés et beaucoup plus vite guéris dans ces hôpitaux que dans les services de l'arrière, il fallait, autant dans l'intérêt des blessés eux-mêmes, que dans celui du service, conserver autant que possible les blessés à l'avant, jusqu'à guérison complète. Cette suggestion, qui fut appliquée en particulier à la IV[e] armée, où j'avais l'honneur d'être chirurgien consultant, a eu les effets les plus heureux.

Kyste du corps thyroïde consécutif à une blessure par balle de fusil, par Haller. Rapport). *Soc. chir.*, 27 novembre 1917.

A propos de 15 extractions de projectiles intrapulmonaires chez d'anciens blessés, par le Dr Olivier. (Rapport). *Soc. chir.*, 27 novembre 1917.

Appareil à extension continue pour fractures des membres, par le Dr Lance. (Rapport). *Soc. chir.*, 27 novembre 1917.

La novo-rachi-anesthésie générale, par le Dr Coryllos (Rapport). *Soc. chir.*, 26 février 1918.

Plaie du crâne, hernie cérébrale avec hémiplégie. Collection hématique intra-cérébrale. Ouverture et guérison, par le Dr Blanco Acevedo. (Rapport). *Soc. chir.*, 26 février 1918.

Résection de la hanche gauche, néarthose solide avec conservation de tous les mouvements, par le Dr Blanco Acevedo. (Rapport). *Soc. chir.*, 26 février 1918.

La suture tardive des plaies de guerre, par le Dr Chalier. (Rapport). *Soc. chir.*, 16 avril 1918.

48 observations de plaies pénétrantes de l'abdomen par projectiles de guerre, par le Dr Spick. (Rapport). *Soc. chir.*, 16 avril 1918.

Tumeurs d'origine traumatique, par le Dr Vitrac. (Rapport). *Soc. chir.*, 7 mai 1918.

Sur les grandes blessures du pied, par Quénu. (Discussion). *Soc. chir.*, 15 mai 1917.

Extraction de projectiles pulmonaires, par le Dr Popp. (Rapport). *Soc. chir.*, 4 juin 1918.

La thoraco-pneumotomie postérieure radio-opératoire pour l'extraction des projectiles inclus dans la région hilaire du poumon, par le Dr Petit de la Villéon (Rapport). *Soc. chir.*, 4 juin 1918.

Sur un cas de désarticulation inter-ilio-abdominale par Yvert. (Discussion). *Soc. chir.*, 25 juin 1918.

Anesthésie rachidienne, par Coryllos. (Rapport). *Soc. chir.*, 25 juin 1918.

Étude sur la cholémie post-anesthésique et sur les moyens d'y remédier. (Discussion). *Soc. chir.*, 7 mai 1919.

A propos des plaies de l'abdomen. (Discussion sur le tamponnement à la Mickulicz. Rapport de Delbet). *Soc. chir.*, 2 juillet 1919.

Traitement du cancer de la langue par la méthode sanglante (Discussion.) *Congr. chir.*, octobre 1919.

Pancréatite aiguë. (Discussion). *Soc. chir.*, 19 novembre 1919.

Sur le shock opératoire (Discussion sur comm. de Gosset et Mestrézat. *Soc. chir.*, 24 mars 1920.

Anévrisme de la carotide dans le sinus caverneux. (Discussion sur un rapport de Broca). *Soc. chir.*, 30 juin 1920.

Sur un nouveau procédé de sutures à fils temporaires. (Discussion sur un rapport d'Auvray). *Soc. chir.*, 7 juillet 1920.

Fermeture sans drainage des appendicites à chaud et des péritonites appendiculaires. (Discussion sur une communication d'Ombredanne. *Soc. chir.*, 20 octobre 1920).

GYNÉCOLOGIE

Sur un nouveau procédé d'hystérectomie vaginale. La segmentation transversale de l'utérus et des ligaments larges . *Presse méd.*, 1896, p. 761.

L'hystérectomie abdominale totale par section médiane. *Presse méd.*, 5 novembre 1898.

Première description de ce procédé. (Voir p. 49).

Sur la technique de l'hystérectomie abdominale totale dans les suppurations annexielles. *Gaz. Hôp.*, 5 septembre 1899.

Sur l'hystérectomie abdominale totale (Discussion). *Soc. chir.*, 21 octobre 1899.

L'hystérectomie abdominale totale dans le cancer de l'utérus. *La gynécologie*, 1899.

Hystérectomie vaginale et laparotomie dans les suppurations annexielles (Clinique de La Charité). *La gynécologie*, 1899.

Traitement chirurgical du cancer de l'utérus. *Congr. intern.*, 29 août 1900.

L'hystérectomie abdominale totale dans les suppurations annexielles. *Congr. intern.*, 29 août 1900.

Sur la technique de l'hystérectomie abdominale totale dans les suppurations annexielles. *Journ. des prat.*, 1900, p. 17.

Leçon clinique de la Charité. Intéressante parce qu'elle correspond à une époque où mes idées sur le choix des procédés commençaient à se préciser, mais n'avaient pas encore atteint leur forme définitive.

L'hystérectomie subtotale par section première du col. *Bull. méd.*, 7 novembre 1900, p. 1205.

Première description de ce procédé. (Voir p. 55).

Traitement de l'infection puerpérale par l'hystérectomie vaginale. *Soc. chir.*, 6 mars 1901.

Salpingites et appendicites. *La gynécologie*, 1901.

La tuberculose génitale (Rapport au Congrès de Rome). septembre 1902. *La gynécologie*, 1902. *Revue de gynéc. et de chir. abd.*, novembre-décembre 1902.

L'hystérectomie dans le traitement de l'infection puerpérale (Discussion). *Congrès de Rome*, 15-21 septembre 1902.

L'hystérectomie subtotale par section première du col (Discussion). *Congrès de Rome*, 15-21 septembre 1902.

La salpingopexie. *La gynécologie*, 15 avril 1903.

Dégénérescence épithéliale d'un moignon vaginal à la suite d'une hystérectomie aub-totale pour salpingite (Discussion). *Soc. chir.*, 21 juin 1905.

Étranglement interne pendant la grossesse (Discussion). *Soc. obst. et gyn.*, 13 mars 1905.

Hystérectomie vaginale (Discussion). *Soc. obst. et gyn.*, 10 avril 1905.

Sur les opérations conservatrices dans les annexites (Discussion). *Soc. chir.*, 21 juin 1905.

Résultats opératoires dans le cancer de l'utérus (Discussion). *Soc. obst. et gyn.*, 11 décembre 1905.

Hématocèle chez une opérée à laquelle il ne restait qu'un ovaire (Présentation). *Soc. chir.*, 6 déc. 1905.

Un cas de métrite cervicale tuberculeuse (Discussion). *Soc. chir.*, 11 décembre 1905.

Sur l'extirpation totale de l'appareil génital chez la femme par voie périnéo-abdominale (Rapport sur un travail de M. Pierre Duval). *Soc. chir.*, 13 juin 1906.

Torsion du pédicule d'un hydro-salpinx droit. *Soc. obst. et gyn.*, 2 juillet 1906.

Sur les fibromes de la portion vaginale du col. *Soc. obst. et gyn.*, 2 juillet 1906.

Opération césarienne conservatrice chez une femme à terme. Hémorragie par désunion de la paroi. Opération de Porro. *Soc. obst. et gyn.*, 15 oct. 1906.

Grossesse extra-utérine non rompue de plus de quatre mois et demi (Rapport sur une observation de M. Lapeyre). *Soc. chir.*, 24 octobre 1906.

Le traitement du cancer du col de l'utérus par l'hystérectomie abdominale. *Soc. chir.*, 21 novembre 1906.

Dans cette communication, faite à une époque où le cancer du col utérin passait encore pour incurable aux yeux d'un grand nombre de chirurgiens, je donnai la statistique de mes opérées. J'en avais, après des recherches difficiles, retrouvé une grosse proportion, plus de la moitié, vivantes et parfaitement guéries depuis plusieurs années.

Cette communication établissait aux yeux de tous la curabilité évidente du cancer utérin. C'est à partir de cette époque que je m'attachai plus particulièrement à cette question et qu'un certain nombre de jeunes chirurgiens, enhardis par ces résultats, entrèrent dans cette voie, que j'ai conscience d'avoir ouverte en France, où j'ai persévéré et dont les résultats ont confirmé ceux que j'avais obtenus à cette époque (voir p. 40).

Sur la technique de l'hystérectomie abdominale. *Congr. intern. de méd.*, 23-30 avril 1903.

La protection automatique de l'uretère dans l'hystérectomie par décollation. *La gynécologie*, 15 août 1903.

Fibrome utérin avec torsion de l'utérus. *Soc. chir.*, 13 mai 1903.

Traitement des fibromes utérins (Discussion). *Soc. chir.*, 18 mai 1903.

L'hytérectomie abdominale par décollation. *Trib. méd.*, 11 juillet 1903.

Technique de l'hystérectomie abdominale dans les suppurations annexielles (Clinique de l'Hôtel-Dieu), novembre 1903. *Presse méd.*, 20 janvier 1904.

Cet article, qui n'est que la reproduction d'une leçon clinique, faite à l'Hôtel-Dieu, le 27 novembre 1903, est capital. Il renferme, avec figures à l'appui, tous les principes que je m'efforce de faire connaître depuis cette époque, et qui sont actuellement répandus dans le monde entier, principes qui doivent guider le chirurgien dans le choix des divers procédés d'hystérectomie, et auxquels, depuis cette époque, je n'ai pas changé un mot (voir p. 67.)

Cinq observations d'hystérectomie subtotale par hémisection pour suppurations annexielles (Rapport sur un travail de M. Michel, de Nancy. *Soc. chir.*, 24 février 1904.

Kystes de l'ovaire et grossesse, trois cas de torsion du pédicule, trois laparotomies, trois guérisons (Rapport sur un travail de M. Lapeyre). *Soc. chir.*, 20 juillet 1904.

Indications actuelles de l'hystérectomie vaginale. *Soc. obst. et gynéc.*, 11 juillet 1904.

Grossesse tubaire à terme avec enfant mort (Discussion). *Soc. chir.*, 23 novembre 1904.

Péritonite appendiculaire généralisée au huitième mois de la grossesse (Discussion). *Soc. obst. et gyn.*, 12 déc. 1904.

Du chorio-épithéliome malin de Marchand. (Rapport). *Soc. chir.*, 14 décembre 1904.

Comment on reconnait et comment on soigne les salpingites aiguës. *Presse méd.*, 11 mars 1905.

Sur l'hystérectomie subtotale dans les fibromes. *Soc. chir.*, 7 juin 1905.

Hystérectomie pour épithélioma du col de l'utérus (Présentation). *Soc. chir.*, 5 décembre 1906.

La cure chirurgicale du cancer du col de l'utérus. *Presse méd.*, 2 mars 1907.

Traitement du cancer du col de l'utérus. *Congrès de gyn. obst. et pédiatrie. Alger*, avril 1907.

Cancer du col de l'utérus (Présentation de pièces). *Soc. chir.*, 29 mai 1907.

Ces communications et présentations multipliées se rapportant au même sujet, le traitement chirurgical du cancer du col utérin, montrent combien la question était brûlante à cette époque. Il y avait des résistances, il y avait des incrédules, et je m'efforçais de faire passer ma conviction dans l'esprit de mes collègues.

Atrésie congénitale des trompes (Discussion). *Soc. obst. et gyn.*, 11 juin 1907.

Indications opératoires dans les fibromes utérins (Discussion). *Soc. obst. et gyn.*, 11 juin 1907.

La lutte contre le cancer utérin. (36e Session de l'*Assoc. française pour l'avancement des sciences*). Reims, août 1907.

Sur une statistique de cancers utérins traités par l'hystérectomie abdominale, par le Dr Jayle (Rapport). *Soc. chir.*, 25 mars 1908.

Grossesse extra-utérine à terme (Discussion). *Soc. obst. et gyn.*, 9 mars 1908.

L'hystérectomie subtotale et l'hystérectomie totale. *La gynécologie*, 1908.

La cure chirurgicale du cancer du col de l'utérus. *Soc. chir.*, 16 mars 1908.

Sur la durée du séjour au lit après les opérations. *La gynécologie*, 1908.

Sur la durée du séjour au lit après les opérations abdominales. *Soc. chir.*, 6 mai 1908.

A cette époque, l'habitude était générale parmi les chirurgiens de laisser les malades au lit pendant les 21 jours consacrés. Convaincu par ce qui se passait à l'étranger, où les Allemands, en particulier, étaient tombés dans l'excès contraire, en faisant lever leurs malades deux ou trois jours après les opérations et même le lendemain; convaincu surtout par ce que j'avais vu faire à mon ami Témoin (de Bourges) qui les faisait lever au bout de dix jours, j'étais arrivé à les lever le douzième jour et je vins proposer à mes collègues d'en faire autant. Je fus, bien entendu, vivement combattu. Aujourd'hui, la plupart des chirurgiens et tous les jeunes, pour ainsi dire, ont adopté cette manière de faire, et en tout cas n'attendent plus les 21 jours d'autrefois.

Observation de pseudo-cancer du col utérin (Discussion). *Soc. obst. et gyn.*, 11 mai 1908.

Traitement du cancer des organes génitaux chez la femme (Rapport). *IIe Congrès de la Société internationale de chirurgie.* Bruxelles, 21-25 septembre 1908.

Deux cas de prolapsus génital chez des vierges, traités par l'oblitération du cul-de-sac de Douglas, par Marion (Rapport). *Soc. chir.*, 28 octobre 1908.

Sur deux cas de polypes placentaires avec hyperplasie déciduale. *Soc. obst. et gyn.*, 14 décembre 1908.

Présentation d'un bassin anormal (Discussion). *Soc. obst. et gyn.*, 8 février 1909.

Procidence du cordon (Discussion). *Soc. obst. et gyn.*, 11 février 1909.

Indications opératoires dans les fibromes utérins. *Soc. chir.*, 13 février 1909.

Indications actuelles de l'hystérectomie vaginale. *La gynécologie*, 1909.

Six cas de fistules vésico-vaginales guéris par la méthode du dédoublement, par Bégouin (Rapport). *Soc. chir.*, 28 avril 1909.

Valve fixe pour maintenir la masse intestinale dans certaines laparotomies. *Soc. chir.*, 28 juillet 1909.

Traitement chirurgical du cancer du col de l'utérus. *Congrès international de Médecine. Budapest*, 29 août-4 septembre 1909.

Note sur un abcès gazaux de l'ovaire, par Sirfdey et Ricard (Discussion). *Soc. chir.*, 13 décembre 1909.

Du dacubitus acutus post partum (Discussion). *Soc. obst. et gyn.*, 20 janvier 1920.

Sur la technique de l'hystérectomie supra-vaginale sans évacuation préalable de l'utérus (Discussion). *Soc. obst. et gyn.*, 14 février 1910.

Avantages da l'hystérectomie subtotala. *Congrès de gyn. et obst. de Toulouse*, 1910.

Tumeurs solides de l'ovaira (Discussion). *Congrès de gyn. et obst de Toulouse*, 1910.

Daux faits rares de grossesse extra-utérina (Discussion). *Soc. obst. et gyn.*, 9 mai 1920.

Sur la drainage utérin dans l'opération césarienna conservatrice (Discussion). *Soc. obst. et gyn.*, 16 janvier 1911.

La ponction exploratrice dans le cul-da-sac postérieur du vagin. *Soc. chir.*, 20 mars 1911.

Sur la colpotomie. *Presse méd.*, 15 avril 1911.

Traitement des kyates de l'ovaire prævia au cours da la grossesse et du travail (Discussion). *Soc. obst. et gyn.*, 12 février 1912.

L'hystérectomie pour cancar de l'utérus au cours de la grossesse. *Soc. obst. et gyn.*, 12 avril 1912.

Rupture de l'utérus (Discussion). *Soc. obst. et gyn.*, 11 mars 1912.

Péritonite par rupture d'un pyosalpinx coaxistant avec un fibrome. Hystérectomie abdominale. Guérison par le Dr Le Monnet (Rapport). *Soc. chir.*, 3 juillet 1912.

Cancer primitif de la partie supérieura du vagin. *Soc. chir.*, 10 juillet 1912.

Kyste de l'ovaire suppuré (Discussion). *Soc. obst. et gyn.*, 11 novembre 1912.

Épithélioma du col utérin avec graffa vaginala. *Soc. chir.*, 3 mars 1913.

Fausse bifidité utérina dans un cas d'hématométrie avac hémato colpos. Hystérectomie abdominala subtotale. Rásaction at drainage da la poche vaginale (Rapport sur une observation du Dr Sikora). *Soc. chir.*, 19 mars 1913.

Indications opératoires dans le cancar de l'utérus. *Congrès de Lille*, 25 mars 1913.

Cancar du col da l'utérus (Présentation). *Soc. chir.*, 9 avril 1913.

Das rayons ultra-pénétrants de radium dans le traitemant du cancer utérin. *Soc. obst. et gyn.*, 5 juillet 1913.

Traitement chirurgical du cancer du col de l'utérus. *Congrès de Berlin*, septembre 1913.

Le très grand nombre de communications sur le cancer de l'utérus qui se succèdent tous les ans et même plusieurs fois par an, soit à la Société de chirurgie, soit à la Société d'obstétrique et de gynécologie, ainsi qu'aux divers Congrés de France et de l'Étranger, montrent avec quelle ardeur je me suis occupé, pendant de longues années de cette question si importante. Ces diverses communications répondent à l'évolution de mes idées, et s'appuient sur des opérations de plus en plus nombreuses et des résultats de plus en plus anciens et de plus en plus précis. J'ai le droit de dire que depuis une vingtaine d'années je suis, en France, le chirurgien qui par mes actes, par mes paroles et par mes écrits, ai le plus travaillé aux progrés de cette question. Alors que la plupart des chirurgiens, découragés, abandonnaient à leur triste sort presque toutes les malades atteintes de cancer utérin, j'ai travaillé, j'ai persévéré. J'ai toujours été convaincu de la curabilité de cette affection. Je l'ai dit, je l'ai écrit, alors que les maîtres d'autrefois le niaient! J'ai travaillé de mon mieux au perfectionnement technique de l'opération destinée à la guérir, opération qui est une des plus minutieuses et des plus difficiles de la chirurgie et j'ai eu la satisfaction de voir plus de 50 pour 100 de mes malades rester guéries d'une façon durable. Le traitement par le radium est venu bouleverser la thérapeutique du cancer utérin. Nul ne sait encore s'il faut voir dans le radium le traitement de l'avenir, ou si, malgré des succés certains, il restera inférieur, comme il l'est encore actuellement, au traitement opératoire. Il faut attendre — mais quel que soit l'avenir, il me reste la satisfaction d'avoir, presque seul en France pendant de longues années, lutté de toutes mes forces contre cette cruelle affection, et d'avoir entraîné derrière moi de jeunes chirurgiens qui sont là pour me remplacer.

Guérison par radiumthérapie d'un cancer utéro-vaginal inopérable (par Legueu et Chéron) (Discussion). *Soc. chir.*, 18 février 1914.

La guérison du cancer de l'utérus. *Presse méd.*, 2 mai 1914.

Chorio-épithéliome de l'utérus (Présentation). *Soc. chir.*, 18 mai 1914.

Sur un procédé d'hystérectomie abdominale pour fibromes à pôle inférieur enclavé; procédé de l'évidement, par Bégouin (Discussion). *Soc. chir.*, 19 février 1918.

De la voie transpéritonéo-vésicale pour la cure des fistules vésico-vaginales (Discussion sur une communication de Legueu). *Soc. chir.*, 29 janv. 1919.

Indications et technique de l'hystérectomie dans les suppurations annexielles (en collaboration avec le Prof. Bégouin) (Rapport). *Congrès des gyn. et obst. de langue française*. Bruxelles, 25-27 septembre 1919.

Traitement opératoire du cancer du col de l'utérus (Discussion). *Congrès des gyn. et obst. de langue française*. Bruxelles, 25-27 septembre 1919.

Du lever précoce des accouchées et des opérées (Discussion). *Congrès des gyn. et obst. de langue française*. Bruxelles, 25-27 septembre 1919.

Valeur des différentes incisions dans les laparotomies (Discussion). *Congrès des gyn. et obst. de langue française*. 25-27 septembre 1919.

Sur le traitement du cancer du col de l'utérus par l'hystérectomie large. *Soc. Chir.*, 24 mars 1920.

Communication très importante, où j'examine les résultats obtenus par l'hystérectomie large chez mes malades de la ville. C'est la confirmation absolue des résultats publiés en 1906, et des idées que j'ai toujours soutenues (voir p. 35).

Sur 83 malades, la mortalité opératoire a été de 9 (10 84 %). Les guérisons durables ont été de 52,94 et les récidives de 47,06 %. Chez les malades opérées d'une façon précoce (17) j'ai eu une mort, deux récidives et quatorze guérisons. Ce sont là des résultats magnifiques et même inespérés.

Dans ces dernières années, j'ai presque toujours fait faire des applications post-opératoires de radium. Résultat : Les malades qui ont eu du radium ont récidivé dans la proportion de 50 % et celles qui n'en ont pas eu dans la proportion de 39 % seulement. Ce résultat paradoxal montre combien la question est encore incertaine et avec quelle prudence nous devons nous avancer sur ce terrain.

Cancers à évolution rapide greffés sur des fibromes utérins, au cours du traitement radiothérapique (Discussion sur rapport de P. Delbet). *Soc. Chir.*, 14 janvier 1920.

Dans cette communication, j'insiste pour la première fois sur les bons effets du radium dans les fibromes utérins. Je cite un assez grand nombre de guérisons à peu près parfaites, et j'exprime ma conviction de voir beaucoup de malades échapper à l'avenir, mieux que par la radiothérapie, au traitement chirurgical.

On comprend, sans que j'aie besoin d'insister, l'importance capitale de cette question, que j'ai été le premier à soulever à la Société de Chirurgie.

OPÉRATIONS NOUVELLES
PROCÉDÉS OPÉRATOIRES ORIGINAUX

Je crois devoir réunir dans un chapitre spécial les opérations nouvelles ou les procédés originaux que j'ai décrits et exécutés. Quelques-uns de ces procédés sont d'ailleurs signalés dans l'ordre chronologique de mes publications.

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Sur une nouvelle méthode d'oblitération des plaies intestinales. *Bull. Soc. anat.*, 12 avril 1895 et *Mercredi médical*, 17 avril 1895.

Il s'agissait de fixer les lèvres de la plaie intestinale en adossant les séreuses au moyen d'une pince appropriée, abandonnée ensuite dans l'intestin. Méthode peu pratique et justement oubliée.

Sur une nouvelle amputation ostéoplastique du pied. *Presse méd.*, 13 février 1897.

Cette opération, indiquée dans les destructions de l'avant-pied par traumatismes, gelures, tuberculose du tarse, etc., consiste dans une amputation de l'avant-pied avec arthrodèse tibio-tarsienne. L'incision est calquée sur celle de l'opération de Pasquier-Le Fort, mais elle est placée un peu plus haut. La tranche de section osseuse porte sur l'extrémité inférieure du squelette jambier, en haut, et en bas sur l'astragale, au lieu que dans l'opération de Pasquier-Le Fort, elle porte sur le calcanéum.

L'opération nouvelle a sur l'opération de Pasquier-Le Fort les avantages suivants : Raccourcissement de la jambe moins grand de trois centi-

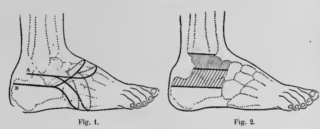


Fig. 1. Fig. 2.

mètres environ — Souplesse du moignon plus considérable, à cause de la conservation de l'articulation sous-astragalienne.

A propos de cette opération (Réponse à des critiques de M. le Prof. Hergott). *Presse méd.*, 27 février et 13 mars 1897.

Sur le dédoublement du maxillaire inférieur dans l'extirpation des tumeurs malignes adhérentes à cet os. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 21 juillet 1897.

Ce procédé, que j'ai appliqué plusieurs fois, m'a donné des résultats excellents. Il permet d'enlever largement le cancer tout en maintenant la continuité et la solidité du maxillaire.

Sur un nouveau procédé de cure des hernies sans fils perdus. *Presse méd.*, 28 janvier 1898.

Ce procédé, conçu à une époque où les suppurations n'étaient pas rares à cause de l'imperfection de la stérilisation des fils, n'a plus de raison d'être.

Il consistait dans la section longitudinale du sac, lorsque ce sac avait une certaine importance. Les deux lambeaux ainsi obtenus étaient passés alternativement dans les piliers du canal inguinal et formaient une suture en lacets de bottines, suture vivante que j'ai employée plusieurs fois avec succès, mais qui aujourd'hui n'a plus d'intérêt.

Sur un nouveau procédé de gastro-entérostomie. La gastro-entérostomie par invagination. *Congrès de chirurgie*, octobre 1897.

Procédé valvulaire destiné à éviter le circulus viciosus.

Sur une modification à la gastro-entérostomie par invagination. *Revue de gyn. et de chir. abdom.*, février 1898.

Modification du procédé précédent, en employant l'écraseur.

Ce procédé avec ses modifications ne présente aucun avantage sérieux sur les procédés courants. Je l'ai abandonné depuis très longtemps.

Sur un nouveau procédé pour la cure de l'éventration. *Gaz. hebd.*, 16 février 1898.

Ce procédé, inspiré par le désir de supprimer les fils perdus, qui étaient à cette époque une cause fréquente de suppuration, consistait à tailler le long de la ligne blanche des bandelettes fibreuses qu'on passait alternativement dans le bord des aponévroses comme des fils de suture. Il m'a donné plusieurs fois de bons résultats. Comme le procédé de cure radicale des hernies indiqué plus haut et pour les mêmes raisons, il n'a plus de raison d'être.

Traitement chirurgical de la paralysie faciale consécutive à un traumatisme intra-rocheux. L'anastomose du facial et de la branche trapézienne du spinal. *Acad. de méd.*, février 1898. *Gaz. des hôp.*, 8 mars 1898 (en collaboration avec le Dr F. Furet).

Il s'agit dans cet article de la première description d'une opération qui a depuis donné lieu à de très nombreuses interventions, à des travaux et à des recherches considérables. Un grand nombre de succès thérapeutiques sont venus démontrer la justesse des vues que j'émettais à cette époque. C'est une opération qui, aujourd'hui, est devenue classique et est acceptée de tous.

La paralysie faciale par destruction du tronc du nerf facial dans le rocher est une affection qui, jusqu'à ma première publication, passait pour incurable.

J'ai pensé qu'on pouvait espérer la guérir en anastomosant le bout périphérique du nerf facial avec un tronc nerveux voisin. J'ai fait à ce

sujet des recherches anatomiques, étudié un procédé opératoire et réglé dans ses moindres détails la technique de cette opération.

Le tronc choisi est la branche trapézienne du spinal. C'est celui qui me paraît le meilleur. Mais j'ai également employé la branche mastoïdienne. D'autres chirurgiens ont choisi l'hypoglosse. Bref, il y a eu d'assez nombreuses variantes. Mais aucun ne s'éloigne sensiblement de l'opération fondamentale, que j'ai décrite et exécutée pour la première fois le 25 janvier 1898.

Voici brièvement résumés quels sont les temps principaux de cette opération. Le tronc du facial est recherché dans l'épaisseur de la parotide, puis sectionné à sa sortie du trou stylo-mastoïdien, sur la base de l'apophyse styloïde. Puis on va chercher le nerf spinal, vers le tiers supérieur du sterno-mastoïdien, auquel il donne des branches. On sectionne la branche trapézienne au moment où elle s'enfonce dans le muscle. Il ne reste plus qu'à la recourber vers le haut, à l'amener à la rencontre du tronc du spinal et à suturer avec soin les extrémités nerveuses. La régénération du bout central du facial se fait aux dépends des cylindraxes du spinal : une adaptation fonctionnelle, bien étudiée par divers auteurs, ne tarde pas à se faire.

Cette opération délicate, mais élégante et relativement facile, a donné de nombreux succès et a rendu de grands services.

L'extirpation de l'œsophage thoracique. *Presse méd.*, 14 mars 1903 (Leçon clinique faite à l'Hôtel-Dieu, 12 décembre 1902.)

Dans cette leçon je donne la description technique de l'extirpation de l'œsophage thoracique — telle que je devais l'exécuter à la fin de la séance.

Cette opération, qui a fait l'objet d'une communication à la Société de Chirurgie, le 27 décembre 1902, et d'un rapport de Tuffier, le 28 janvier 1903, est la première qui ait jamais été menée à bien sur le vivant.

Jusqu'à cette première opération, cette extirpation passait pour impossible. Elle avait été tentée, en particulier, par Rehn, qui avait dû l'abandonner. Je m'occupais beaucoup à cette époque des grandes interventions dirigées contre le cancer, ainsi qu'en témoigne la liste de mes publications de 1898 à 1903 environ, et, ayant rencontré un malade qui présentait un cancer de l'œsophage endothoracique, derrière la base du cœur, je

pensai qu'il était légitime d'essayer de le guérir. J'étudiai un procédé opératoire approprié et je pus pratiquer cette opération sans rencontrer de difficultés véritables, en suivant de point en point la technique que j'avais établie sur le cadavre.

On ne peut songer à extirper un segment de l'œsophage et à suturer les deux bouts d'une façon efficace. Il faut donc aboucher le bout supérieur au cou et abandonner le bout inférieur qu'on peut traiter de plusieurs façons : ligature simple, abouchement à la peau, invagination dans l'estomac. La gastrostomie préalable est, bien entendu, nécessaire. Il faudra donc agir à la fois du côté du cou et du côté du thorax. Ceci dit, le principe sur lequel repose l'opération est le suivant : Pour se donner un jour extraordinaire sur le médiastin postérieur et les organes qui y sont contenus, à commencer par l'œsophage, il suffit de *couper tout ce qu'il y a entre la peau et ces organes.* Il faut, pour y parvenir, combiner la voie cervicale avec la voie thoracique, mais en faisant sauter la partie postérieure des côtes supérieures *y compris la premiere*, qui jusque-là avait été, je ne sais pourquoi, respectée par tous les chirurgiens qui avaient cherché à aborder l'œsophage dans le thorax.

Tant que la premiére côte est intacte, en effet, il est impossible d'écarter de la colonne vertébrale le sommet du poumon et d'agir à la fois sur la portion cervicale de l'œsophage et sur la portion thoracique. Elle s'oppose invariablement à toute tentative d'exploration sérieuse des organes du médiastin postérieur, et à plus forte raison à toute manœuvre chirurgicale un peu délicate. Dés que la première côte est sectionnée, au contraire, rien n'est plus simple que d'écarter de la colonne vertébrale le moignon de l'épaule tout entier, de repousser en dehors le sommet du poumon, et de pénétrer dans le médiastin postérieur pour l'explorer en entier, jusqu'au pédicule pulmonaire et même beaucoup plus bas, si on le juge nécessaire. Rien n'est plus facile, en prolongant son incision vers le cou que de combiner les manœuvres cervicales avec les manœuvres dans le médiastin et d'enlever ainsi la plus grande partie de l'œsophage thoracique.

Je me borne à ces détails qui permettent de comprendre la possibilité de l'opération, et je n'entre pas dans la description de celle-ci. Elle se passa sans aucun incident et me permit d'enlever un segment d'œsophage d'environ 12 centimétres situé en plein thorax, derrière la base du cœur.

Le malade qui avait trés bien supporté l'opération succomba le len-

demain à des accidents mal définis, dus sans doute à ce que j'avais cru devoir drainer le médiastin postérieur, ce qui a provoqué des phénomènes de pneumothorax médiastinal.

Un second malade, opéré quinze jours après, est mort dans les mêmes conditions, mais après une réintervention pratiquée dans la soirée. Un suintement sanguin qui me fit craindre une hémorragie, s'étant manifesté dans la journée, je crus devoir réendormir le malade, bien qu'il fut dans un état satisfaisant. Je fis sauter la suture et je constatai qu'il n'y avait dans le médiastin aucune trace d'hémorragie. Mais je constatai également que l'aspiration de l'air par le drain à chaque inspiration entraînait des désordres respiratoires, qui me font attribuer le mécanisme de la mort à une asphyxie progressive due à l'infiltration de l'air dans le médiastin.

J'étais bien décidé à ne pas drainer si je recommençais cette opération. Les circonstances ne m'ont pas permis de le faire.

Divers chirurgiens ont tenté l'extirpation de l'œsophage en passant à travers la plèvre, dont l'ouverture et l'infection ne nous effrayent plus comme elles le faisaient à l'époque où j'ai exécuté cette opération. Les résultats obtenus ont été mauvais et j'ignore s'il y a aujourd'hui un seul succès durable. En tout cas je suis convaincu, pour diverses raisons de technique qu'il serait trop long d'exposer ici, que si on veut obtenir des succès, c'est en employant non par la voie transpleurale, mais bien la voie cervico-thoracique que j'ai indiquée, qu'on y parviendra — à moins qu'on ne préfère s'abstenir — ce qui vaudrait peut-être mieux, si l'on en croit le jugement d'un homme qui, après avoir, pendant de longues années, lutté de son mieux contre les cancers les plus étendus et les plus graves, s'est convaincu que si cette terrible chirurgie donne parfois des guérisons inespérées et des satisfactions profondes, elle donne aussi bien des amertumes et des désillusions.

La voie naso-maxillaire dans l'extirpation des tumeurs du naso-pharynx (Thèse Christophle, Paris 1903). Cette thèse est faite d'après trois observations que j'ai communiquées à l'auteur. La première en date est du 5 août 1902.

J'ai exécuté dès cette époque et fait décrire dans la thèse ci-dessus un procédé d'accès dans l'arrière-cavité des fosses nasales, procédé qui

serait actuellement reconnu comme le meilleur. Le D[r] Moure, de Bordeaux, a décrit le 4 octobre 1902, c'est-à-dire trois mois après mon opération, un procédé qui se rapproche du précédent, mais qui vise un peu plus haut, vers l'ethmoïde, et ne donne pas autant de jour. Mon procédé consiste dans une incision intéressant la narine et le pli naso-génien, avec au besoin, section de la lèvre supérieure sur la ligne médiane, et débridement sur le bord inférieur de l'orbite. Cette incision laisse une cicatrice insignifiante.

La narine est écartée, la fosse nasale ouverte, et le bord osseux du maxillaire réséqué à la pince gouge de façon à agrandir suffisamment l'orifice externe de la fosse nasale correspondante. La paroi externe de la fosse nasale est enlevée avec les cornets et le sinus maxillaire est ouvert. C'est l'aisance que donne le sinus qui permet de manœuvrer et d'atteindre très facilement le naso-pharynx pour en extirper les tumeurs qui y siègent et en particulier les polypes naso-pharyngiens.

Cette voie d'accès est supérieure à toutes les autres par sa simplicité et le peu de dégâts qu'elle cause. Elle est actuellement adoptée par tous ceux qui s'occupent de cette chirurgie un peu spéciale.

De l'extirpation du rectum par voie sacro-périnéale. (*Thèse* Petriat, Paris, 1903)

Comme le procédé opératoire précédent, celui-ci a été décrit pour la première fois dans une thèse dont j'ai fourni tous les éléments et qui renferme plusieurs observations dont la première remonte au 12 avril 1899.

J'avais cependant donné de cette méthode une description de quelques lignes dès 1898, dans le *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus (Maladies de l'anus et du rectum) : Après incision et au besoin résection du coccyx et d'une partie du sacrum on va *aborder le néoplasme par le haut*, c'est-à-dire au-dessus de ses limites, en un point où les tissus sont sains, au lieu d'aller par le bas, à la découverte des limites du néoplasme, en courant le risque de laisser, sur les parties latérales ou au point le plus élevé quelque partie dégénérée. Quand on commence par le haut, on n'a plus qu'à enlever de haut en bas, dans une direction où la voie est libre, où les risques à courir sont à peu près nuls, tout ce qui s'étend entre le point où on se trouve et le périnée.

L'opération pratiquée de cette façon est en général d'une très grande simplicité. D'abord l'exploration de la partie supérieure de la région permet de se rendre compte de l'extension de la tumeur et de s'arrêter si on juge le mal trop étendu. Ensuite, dès que le rectum a été reconnu et saisi au-dessus de la tumeur, en ouvrant d'ailleurs le plus souvent le péritoine, on le sectionne entre deux fortes ligatures à la soie et on attire le bout inférieur vers le bas en l'isolant avec soin des tissus voisins. Il y a dans ce temps opératoire un grand avantage sur l'extirpation ascendante allant du périnée vers la profondeur : c'est l'absence d'hémorragie. On saisit, en effet en passant les vaisseaux hémorroïdaux, qui sont dans le méso-rectum, au niveau de leur tronc. Les branches ne saignent plus, et on arrive à terminer son opération avec quelques pinces seulement dans la plaie, de rares ligatures et une perte de sang insignifiante, au lieu des pinces nombreuses et de l'hémorragie en général abondante qui accompagnent les extirpations purement périnéales.

GYNÉCOLOGIE

Un nouveau procédé d'hystérectomie vaginale : La segmentation transversale de l'utérus et des ligaments larges. *Presse méd.*, 24 octobre 1896, p. 761.

Ce procédé qui consiste à diviser transversalement l'utérus et les ligaments larges en tranches horizontales, dont le pédicule latéral, constitué par un segment du ligament large est lié ou pincé séparément avec une sécurité particulière, n'est pas d'une application générale. Mais il peut rendre de grands services, en particulier lorsque l'utérus s'abaissant difficilement au niveau de sa partie supérieure, on peut se trouver fort bien de couper transversalement la partie déjà extériorisée pour insinuer une pince de bas en haut sur le segment inabaissable situé immédiatement au-dessus.

Sur un nouveau procédé d'hystérectomie abdominale totale : La section médiane de l'utérus. *Presse méd.*, 19 octobre 1897.

Dans cet article, je décris pour la première fois l'hystérectomie par

hémisection. Procédé d'une importance capitale, universellement adopté



Fig. 5. — Hémisection utérine. — Le fond de l'utérus est saisi par deux pinces et sectionné sur la ligne médiane, avec de forts ciseaux droits.

aujourd'hui et qui facilite singulièrement l'extirpation de l'utérus et des annexes dans les cas difficiles. C'est le procédé de choix dans les annexites

suppurées et adhérentes aux parois pelviennes. Dès la publication de ce

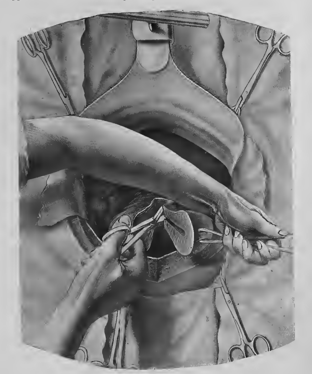


Fig. 4. — L'utérus a été sectionné jusqu'à l'isthme, sur la ligne médiane. Section transversale de la moitié droite, avec de forts ciseaux courbes.

procédé, que j'ai appliqué pour la première fois le 25 septembre 1917 sur une malade de l'hôpital Laënnec, j'ai indiqué quels étaient ses avantages :

voici en effet les quelques lignes que j'écrivais à cette époque : « Ce pro-

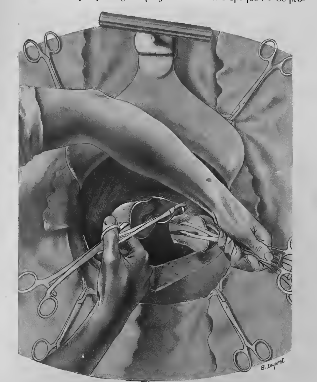


Fig. 5. – La moitié droite, complètement sectionnée, est attirée en haut et en dehors. Pincement de l'artère utérine droite.

cédé permet d'enlever vite et bien des utérus et des annexes enflammées

dont la décortication par tous les autres procédés serait plus laborieuse et



Fig. 6. — Les annexes droites sont décollées, pincées au niveau de leur pédicule externe et tranchées d'un coup de ciseaux.

par conséquent plus grave ». Il est facile de comprendre les causes de cette grande simplicité : Au lieu d'aborder la masse à extirper par sa périphérie,

qui constitue la zone dangereuse, on l'aborde directement par son centre,

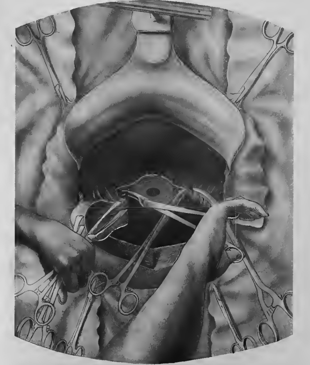


Fig. 7. — Le côté droit a été extirpé. La moitié utérine gauche a été sectionnée au niveau de l'isthme. Pincement de l'artère utérine gauche.

où l'on ne risque rien et où la voie est toujours libre : coupée en deux, elle s'ouvre comme un fruit mûr, et ses deux moitiés libérées de leurs

attaches inférieures, se déroulent, se renversent et s'énucléent avec unc



Fig. 8. — Pincement du ligament large gauche, après renversement de la moitié utérine gauche et décollement des annexes correspondantes.

facilité remarquable ». Dans cette phrase, je signale même en passant l'importance de la libération des attaches inférieures, principe qui devait

aboutir bientôt à la description d'un autre procédé : l'hystérectomie par section première du col.

L'hystérectomie subtotale par section première du col. *Bull. méd.*, 7 novembre 1900, p. 1203.



Fig. 9. — Décollation postérieure : L'utérus est attiré en avant. Section de l'isthme utérin avec les ciseaux courbes.

Ce procédé que j'ai appelé plus tard *Hystérectomie par décollation* (Cli-

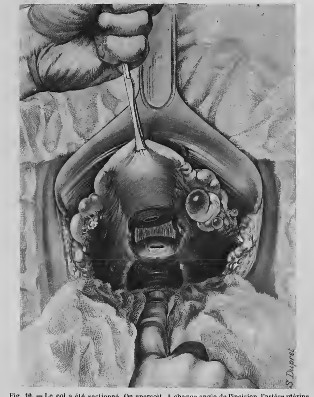


Fig. 10. — Le col a été sectionné. On aperçoit, à chaque angle de l'incision, l'artère utérine intacte. En avant le feuillet péritonéal antérieur.

nique de l'Hôtel-Dieu, *Tribune méd.*, 4 juillet 1903) a connu depuis lors une

singulière fortune. Il s'inspire de ce principe que j'ai été le premier à proclamer et à répéter de mille manieres, afin d'en convaincre tous



Fig. 11. — Effondrement du feuillet antérieur du ligament large.

ceux qui ne se refusent pas systématiquement à ouvrir les yeux, que, en dehors des adhérences pathologiques, le seul moyen de fixité sérieux

de l'utérus est constitué par les insertions vaginales du col. Les ligaments larges ne comptent pas. Tant que le col est intact, l'utérus est inébranlable. Lorsque le col est sectionné, l'utérus devient libre et



Fig. 12. — La main gauche pédiculise le ligament large droit qu'on saisit avec une pince.

son extirpation, en dehors, je le répète, des adhérences pathologiques, devient infiniment simple.

Le principe de la *décollation utérine* consiste donc à aller, avant tout, sectionner le col utérin.

Dans les cas simples, avec utérus mobile et facile à renverser en avant,

comme on le voit, par exemple, dans les gros fibromes, le col doit être



Fig. 15. — Le ligament large droit a été sectionné. L'utérus est basculé à gauche. On aperçoit les deux artères utérines rompues.

attaqué par derrière. C'est la *décollation postérieure*. En un ou deux coups de ciseaux courbes, le col est sectionné. L'utérus se laisse immédiate-

ment attirer en haut. Deux doigts introduits dans la brèche ainsi faite, entre le col et le corps de l'utérus, permettent d'effrondrer le cul-de-sac

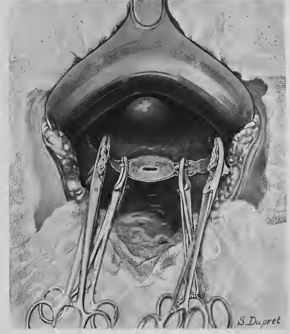


Fig. 14. — L'extirpation est terminée. Les deux artères utérines ont été pincées.

péritonéal antérieur, vésico-utérin. Le ligament large droit est ramassé dans la main gauche, saisi avec une forte pince et sectionné. L'utérus se renverse à gauche, le ligament large gauche se déroule. Il est saisi avec

une pince et tranché d'un coup de ciseaux. Il ne reste plus qu'à terminer l'opération comme dans tous les procédés (fig. 9, 10, 11, 12, 13, 14).

Cette opération est extraordinairement rapide et permet d'enlever l'utérus en quelques secondes. Mais ce procédé n'est facilement applicable



Fig. 15 — Décollation antérieure. Coupe médiane antéro-postérieure. L'utérus et les annexes, soudés aux parties profondes, ne peuvent être attirés en avant. Le col a été sectionné d'avant en arrière. La main pénètre dans le Douglas, derrière l'utérus, et va décoller les annexes de bas en haut.

que dans les cas simples où tous les procédés sont bons, et où le meilleur est à mon avis le procédé américain de H. A. Kelly.

Mais il n'en est pas de même de la *décollation antérieure*. Celle-ci, au

contraire, est un procédé de nécessité, et qui rend les plus grands services dans certains cas difficiles — utérus en rétroflexion adhérente, avec fond



Fig 16. — Section des ligaments ronds et du péritoine antérieur.

inaccessible. Dans ces conditions, on sectionne le col, d'avant en arrière, au niveau du cul-de-sac vésico-utérin. Le col étant sectionné, on peut alors

attirer l'utérus vers le haut, insinuer la main d'avant en arrière au-dessous du bloc utéro-annexiel et, après avoir sectionné les ligaments ronds qui



Fig. 17. — Le col est attiré en avant avec une pince et sectionné avec les gros ciseaux courbes

résistent un peu, on parvient en général, facilement, à énucléer et à décoller des annexes inaccessibles autrement.

Ce procédé, qui est excellent dans ce cas particulier, a paru si remar-



Fig. 18 — Le col a été sectionné. Pincement des utérines. Ce pincement peut être fait avant la section du col.

quable à divers chirurgiens, au premier rang desquels il faut mettre

de Martel, Ricard et Louis Bazy, qu'ils veulent en généraliser l'emploi et l'appliquer à toutes les hystérectomies pour suppurations pelviennes. Ils me font beaucoup d'honneur. Mais ils vont trop loin. Dans les cas simples,



Fig. 19. — Le col est attiré en avant et l'utérus est renversé. Décollement des annexes droites d'avant en arrière et de bas en haut.

le procédé de Kelly est le meilleur ; dans les cas difficiles, avec fond de l'utérus accessible, l'hémisection utérine est préférable. Mais dans les cas difficiles avec utérus rétrofléchi irréductible, la décollation antérieure est

supérieure à tous les autres procédés. (Voir plus loin la discussion



Fig. 20. — Les annexes droites ont été complètement décollées. Pincement du ligament large droit, qui va être coupé.

sur la technique générale de l'hystérectomie dans les suppurations annexielles, p. 67).

La salpingopexie. *La Gynécologie*, 15 août 1903.

Description d'une opération nouvelle consistant, dans les cas de prolapsus des annexes dans le cul-de-sac de Douglas, à les relever et à les maintenir au niveau du détroit supérieur par quelques points de suture.

Tels sont brièvement résumés ceux de mes travaux qui ont un caractère original. Quelques-uns n'ont que peu d'importance ou ont perdu celle qu'ils pouvaient avoir au moment de leur publication. Mais il en reste plusieurs comme le *Traitement chirurgical de la paralysie faciale*, la *voie naso-maxillaire* et surtout comme les *Procédés d'hystérectomie par décollation ou par hémisection* qui correspondent à des nécessités thérapeutiques, et qui vivront tant qu'il y aura des paralysies faciales à guérir, des tumeurs du naso-pharynx à extirper et des utérus à enlever.

L'étude approfondie de ces procédés m'a conduit depuis une vingtaine d'années à établir des règles opératoires précises, d'ailleurs extrêmement simples, qui constituent, j'en ai la conscience nette, la partie la plus importante de mon œuvre. Depuis cette époque déjà lointaine, et comme il est facile de le voir en parcourant la liste chronologique de mes publications, je n'ai jamais perdu de vue cette question capitale parce que c'est d'elle que dépend la bonne exécution des opérations de grande gynécologie, qui sont de beaucoup les plus nombreuses de toute la chirurgie et qui s'appliquent chaque année à des milliers et des milliers de femmes. Par la plume, par la parole, et plus encore par l'exemple de tous les jours, dans ma salle d'opérations, j'ai répandu à travers le monde ces vérités techniques qui sont actuellement à peu près universellement connues et acceptées et que ne méconnaissent que ceux qui les ignorent.

Les voici dans toute leur simplicité :

Nous ne devons pas, dans le choix des procédés opératoires, nous laisser guider par nos habitudes ou nos préférences individuelles, mais par la nature même des lésions que nous avons sous les yeux et par la disposition anatomique des parties malades que nous voulons sacrifier.

Ces questions de technique sont capitales. Une hystérectomie très simple, si l'on sait choisir le procédé le mieux approprié aux lésions en face desquelles on se trouve, peut être extrêmement difficile et même impraticable si l'on s'obstine à en employer un autre. La première façon

d'agir donnera des succès, la seconde pourra conduire à des catastrophes.

C'est dans le traitement des annexites que ces vérités éclatent avec une sorte d'évidence. C'est surtout là qu'il existe une véritable « tactique de l'hystérectomie ». Car il s'agit bien réellement ici de règles tactiques, règles qui changent avec les lésions, et qui dérivent toutes de cette loi fondamentale sur laquelle j'ai bien souvent insisté, mais sur laquelle on ne saurait trop revenir, parce qu'elle domine toute la technique de l'hystérectomie : *L'utérus et les annexes sont beaucoup plus faciles à enlever lorsqu'on les aborde de bas en haut.* De cette loi fondamentale découle immédiatement le principe suivant : *L'utérus et les annexes doivent être attaqués par-dessous.*

Or pour pouvoir attaquer par-dessous le bloc utéro-annexiel, il faut d'abord pouvoir atteindre son pôle inférieur. La première phase de toute hystérectomie sera donc celle qui aura pour but d'*atteindre le pôle inférieur du bloc utéro-annexiel.*

Pour y parvenir, il faudra suivre la voie la plus courte et la moins encombrée, et comme la voie la plus courte et la moins encombrée *n'est pas toujours la même*, il en résulte qu'il faudra, suivant les cas, employer pour y parvenir *des procédés différents.* Et voilà comment s'affirme avec évidence, si l'on veut enlever les annexes de l'utérus avec facilité, la nécessité d'*employer des procédés différents.* Et tout l'art de l'opérateur, dans cette chirurgie si inégale suivant les hommes qui l'exercent, est précisément de savoir adapter sa façon de faire aux lésions qu'il rencontre et d'employer le procédé le meilleur pour le cas devant lequel il se trouve.

Si l'on a de la nécessité de suivre cette ligne de conduite une conception claire, rien n'est plus simple que d'en déduire immédiatement les régles opératoires qu'il faut appliquer suivant les cas qui se présentent.

Dans les *cas faciles*, dont le type est constitué par les ovarites-scléro-kystiques, et certaines salpingites parenchymateuses, lorsque l'utérus et les annexes, sans grosses lésions, sans adhérences, se laissent attirer en tous sens, tous les procédés sont bons. Il n'y a aucune difficulté et c'est ainsi qu'on peut se dispenser d'attaquer les annexes par-dessous, puisque l'absence de toute adhérence les rend accessibles de tous les côtés. Cependant dans ces conditions, il y a une façon de faire supérieure à toutes les autres pour son élégance et sa rapidité. C'est l'*hystérectomie par*

décollation. C'est l'hystérectomie par *décollation postérieure* que l'on emploiera, si toutefois on a quelque habitude de la grande chirurgie pelvienne (fig. 21).

Il n'en est pas de même lorsque les annexes sont adhérentes aux



Fig. 21. — *Annexes libres des deux côtés.* — DÉCOLLATION POSTÉRIEURE. Après section du col, les annexes sont attaquées de dedans en dehors et de bas en haut, suivant le sens des flèches.

parties voisines. Ici il faut, de toute nécessité, attaquer les annexes par-dessous, sous peine de voir se multiplier les difficultés, les risques d'accidents et les déchirures :

Si, comme il arrive souvent dans les annexites, un des côtés est très

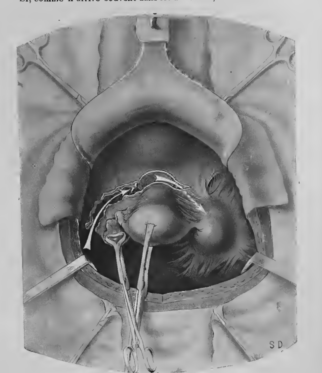


Fig. 22. — *Les annexes sont libres à gauche et adhérentes à droite* : Procédé de H.-A. Kelly. Les annexes gauches, libres, sont séparées de haut en bas, et les annexes droites, adhérentes, sont attaquées de dedans en dehors et de bas en haut.

adhérent aux parois pelviennes et que l'autre soit, au contraire, à peu

près libre ou très facile à détacher, c'est le procédé de H. A. Kelly, qu'il

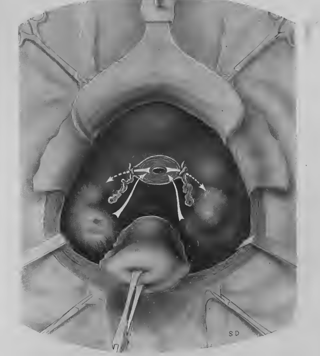


Fig. 25. — *Les annexes sont adhérentes des deux côtés aux parois pelviennes, mais peu adhérentes à l'utérus* : Procédé de Terrier. L'utérus a été séparé des annexes des deux côtés, de haut en bas. L'utérus enlevé, les annexes sont attaquées, suivant le sens des flèches, de dedans en dehors et de bas en haut.

faudra choisir. Il sera facile, en effet, de descendre de haut en bas, du

côté le moins malade en séparant des parois pelviennes les annexes non

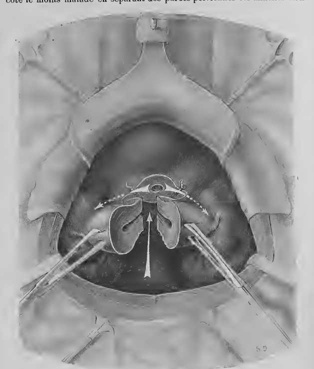


Fig. 24. — *Les annexes sont très adhérentes à l'utérus et aux parois pelviennes* : HÉMISECTION UTÉRINE. Après section médiane de l'utérus et section transversale des deux moitiés utérines au niveau de l'isthme, les annexes sont attaquées des deux côtés de dedans en dehors et de bas en haut.

adhérentes, d'arriver sur l'isthme, de trancher le col, et d'attaquer de

bas en haut le côté difficile (fig. 22). Mais si les annexes sont des deux

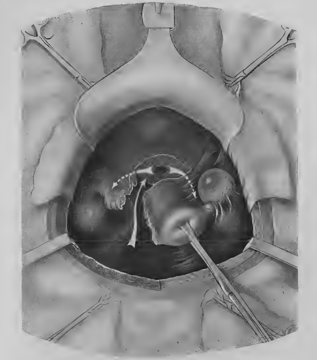


Fig. 25. — *Les annexes sont adhérentes aux parois pelviennes, mais séparées de l'utérus à gauche.* PROCÉDÉ COMBINÉ. L'utérus est séparé des annexes gauches, et enlevé de bas en haut avec les annexes droites. Les annexes gauches sont ensuite attaquées de dedans en dehors et de bas en haut.

côtés collées aux parois pelviennes, le procédé de H. A. Kelly devient

insuffisant, puisque les annexes doivent être attaquées de bas en baut des

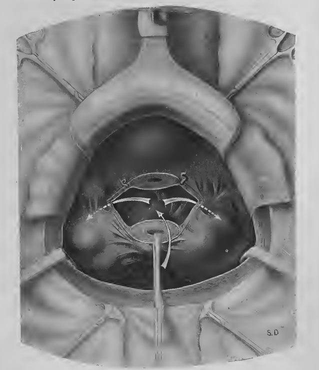


Fig. 26.—*Annexes adhérentes partout. Utérus rétrofléchi irréductible.* DÉCOLLATION ANTÉRIEURE. Après section du col d'avant en arrière, l'utérus et les annexes sont attaqués de bas en haut.

deux côtés, et qu'on ne peut avec ce procédé le faire que d'un seul. Il faut de toute nécessité, pour y parvenir, se donner du jour au centre du bassin.

Si les annexes collées aux parois pelviennes sont séparées de l'utérus,

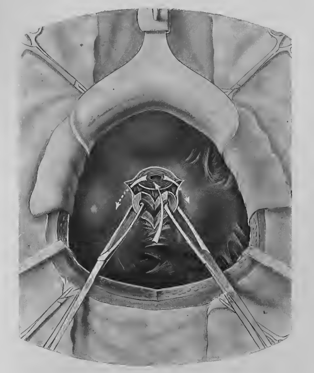


Fig. 27. — *Annexes adhérentes de tous côtés. Utérus rétrofléchi et complètement irréductible.* DÉCOLATION ANTÉRIEURE suivie D'HÉMISECTION DE BAS EN HAUT, permettant d'attaquer chaque moitié utérine avec les annexes correspondantes de dedans en dehors et de bas en haut.

ou si celui-ci est volumineux, on peut employer le procédé de Terrier,

c'est-à-dire enlever d'abord l'utérus et profiter ensuite du jour que donne son extirpation au centre du bassin pour enlever les annexes en les attaquant par dedans et par dessous (fig. 23).

Mais dans ces cas, comme dans celui, plus commun, où les annexes, collées aux parois pelviennes et aux intestins adhèrent également à l'utérus, c'est-à-dire en somme dans presque tous les cas d'annexites bilatérales adhérentes et difficiles, il ne reste plus qu'un parti à prendre et qu'un procédé à employer, c'est *l'hémisection utérine*, que j'ai décrite il y a vingt ans. On passe à travers l'utérus, on le sectionne sur la ligne médiane, du fond vers le col, jusqu'à l'isthme. Arrivé à l'isthme on coupe transversalement chaque moitié utérine qu'on renverse vers le haut. Le centre du bassin est ainsi désobstrué et il est possible d'attaquer de dedans en dehors et de bas en haut les annexes malades qu'on décolle en général facilement et qu'on enlève avec la moitié utérine correspondante (fig. 24).

Dans certains cas lorsque les annexes adhérentes aux parois pelviennes sont accolées d'un côté au bord de l'utérus et de l'autre en sont écartées, on se trouvera bien d'employer un *procédé combiné* (fig. 25).

Enfin, il est un dernier cas, le plus difficile de tous, c'est celui où l'utérus, en rétroflexion irréductible, est basculé avec les annexes adhérentes dans le cul-de-sac de Douglas. Dans ce cas l'hémisection est inapplicable puisque le fond de l'utérus est inaccessible. Il n'y a qu'un moyen de salut : c'est *la décollation*. Mais, cette fois, *la décollation antérieure*. Le col est attaqué en avant, au niveau du cul-de-sac vésico-utérin qui est pour ainsi dire toujours libre ou facile à libérer. Le col sectionné, on coupe les ligaments ronds, et on attire en avant le col utérin libéré de ses attaches inférieures. On peut ainsi, en passant entre le col et le corps, introduire les doigts derrière l'utérus et décoller, toujours de bas en haut, et qui plus est, d'avant en arrière les annexes profondément cachées dans le Douglas (fig. 26). On peut même, dans certains cas très difficiles, sectionner encore l'utérus sur la ligne médiane, mais cette fois de bas en haut, à partir de la tranche cervicale, de façon à se donner du jour au milieu du bassin et à pouvoir ainsi aborder facilement les annexes (fig. 27).

Telles sont ces quelques règles très simples. Elles correspondent à la

vérité, elles sont inattaquables, elles ne changeront pas, elles resteront vraies et tant que les chirurgiens auront à faire des hystérectomies, c'est elles qu'ils devront appliquer. C'est l'honneur de ma vie chirurgicale que de les avoir formulées.

OUVRAGES DIVERS ET PUBLICATIONS DIDACTIQUES

Maladies chirurgicales de l'appareil tégumentaire. *Traité de Chirurgie clinique et opératoire* de Le Dentu et P. Delbet.

Maladies chirurgicales du foie et des voies biliaires, *dans le même ouvrage.*

Maladies de l'anus et du rectum. *Traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus (en collaboration avec H. Rieffel).

Ce sont là des ouvrages de longue haleine et qui ont pu avoir leur utilité, mais qui n'ont aucun caractère original et ne présentent aucun intérêt particulier.

En gynécologie j'ai publié un grand nombre d'articles gynécologiques dans la *Pratique médico-chirurgicale* de Brissaud, Pinard et Reclus.

Dans la collection de Ricard et Rochard, un volume sur la *Chirurgie des annexes de l'utérus* (Paris, O. Doin, 1902) dont bien des parties portent la marque de l'évolution de mes idées qui, à cette époque commençaient à se fixer. Ce livre constitue dans sa partie purement chirurgicale, un travail original.

En 1906, un livre très important, *l'Hystérectomie. Indications et technique*, que l'Académie de Médecine a honoré du prix Tarnier, et qui représente l'exposé de mes idées en chirurgie utérine. Peu à peu, j'étais arrivé en étudiant les procédés anciens, et en créant des procédés nouveaux, à concevoir et à régler une technique précise de l'hystérectomie abdominale, technique variant avec la diversité des lésions, à laquelle, depuis cette époque je n'ai rien changé, et dont j'ai donné plus haut le résumé.

En 1905, j'ai réuni en un volume : *Leçons de clinique et de technique chirurgicales*, les principales leçons faites à la Charité et à l'Hôtel-Dieu de 1899 à 1904, au cours des remplacements de MM. Tillaux et Duplay, que j'avais été appelé à suppléer. Je crois bon de donner la table des ma-

tières de ce volume, parce qu'elle montre mieux que tous les discours quelles étaient à cette époque les principales questions qui me préoccupaient.

TECHNIQUE CHIRURCICALE CÉNÉRALE

Principes de chirurgie.
Sur l'importance d'une bonne technique.
L'emploi des gants imperméables dans la pratique journalière.

CHIRURCIE DE LA TÊTE ET DU COU

Treitement chirurgicel de la paralysie faciale.
L'extirpation de tumeurs melignes du maxilleire supérieur.
Traitement du cancer de la langue.
L'extirpation des tumeurs de l'erriére-gorge.
L'extirpation des tumeurs du cou.
La résection du grand sympathique cervicel.
Actinomycose cervico-faciale.

CHIRURCIE DU THORAX ET DE L'ABDOMEN

L'extirpation de l'œsophege thoracique.
Le pessé et l'avenir de la chirurgie du médiastin postérieur.
Traitement chirurgical des frectures de la colonne vertébrale.
Sur la gastro-entérostomie.
Le douleur thoracique dans la péritonite par perforation de l'estomac.
L'intervention chirurgicele dans l'appendicite.

CHIRURGIE DU RECTUM

L'extirpation sacro-périnéele du rectum.

CHIRURCIE DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES

Sur les avantages de la castration totale dans les suppuretions annexielles.
Hystérectomie vaginale et leparotomie dens les suppurations annexielles.
Sur la technique de l'hystérectomie abdominele dans les suppuretions annexielles.

L'hystérectomie subtotale par section première du col.
L'hystérectomie abdominale par décollation.
Technique de l'hystérectomie abdominale dans les suppurations annexielles.
Traitement du cancer de l'utérus.
Salpingites et appendicites.

En 1911, j'ai publié (avec mon collègue le docteur A. Siredey) un livre important : *Le Traité de Gynécologie Médico-chirurgicale* (Paris, O. Doin, 1911, de 1011 pages avec 564 figures). Ce livre a eu en 1914 une deuxième édition (1148 pages, 630 figures dont 255 en couleurs, et va avoir incessamment une troisième édition. Il en existe une traduction espagnole.

Dans ce livre dont A. Siredey a écrit la partie médicale, j'ai donné tous mes soins à la description technique des procédés opératoires et à la discussion de leurs indications. Les figures reproduites dans les pages précédentes lui sont empruntées.

INSTRUMENTS DIVERS

Écraseur se manœuvrant d'une seule main.

Fourche à grande vis pour la valve sus-pubienne de Doyen.

Pince à petits plateaux pour les laparotomies.

Pince à mors courts avec griffes pour le pincement des utérines.

Aiguilles à pédale à grande courbure de diverses dimensions, pour la chirurgie pelvienne, la chirurgie intestinale, etc.

Modifications de l'écarteur de Vacher.

Valve automatique à cadre pour maintenir les intestins au coura des laparotomies (en collaboration avec P. Coryllos), etc.

THÈSES DIVERSES

J'ai inspiré à mes élèves, ou fait faire dans mes services successifs un assez grand nombre de thèses, dont je citerai seulement les principales :

L'hémisection utérine dans l'hystérectomie abdominale. *Thèse* de Petron, 1900.

Traitement chirurgical de la paralysie faciale d'origine traumatique par l'anastomose spino-faciale. *Th.* de Bréavoine, 1901.

Du cancer du plancher de la bouche et de son traitement par la résection incomplète de la partie médiane du maxillaire inférieur, avec conservation de son bord inférieur. *Th.* de J. de Robillard, 1902.

La voie naso-maxillaire dans l'ablation des tumeurs du naso-pharynx. *Th.* de T. Christophle, 1903.

De l'extirpation du cancer du rectum par la voie sacro-périnéale. *Th.* de J. Petriat, 1903.

L'hystérectomie abdominale sus-vaginale dans les lésions bilatérales des annexes. *Th.* de C. Daniel, 1905.

DIVERS

Impressions d'Amérique. *Presse méd.*, 29 juillet 1904.

Le voyage des médecins français à Londres. *Presse méd.*, 15 octobre 1904.

Sur la création à Paris d'une maison de santé pour le traitement des maladies contagieuses dans la classe aisée. *Presse méd.*, 26 novembre 1904.

Une hystérectomie abdominale en 1908. Livre d'or du Pr Pozzi, 1906.

Les infirmeries indigènes dans l'Extrême-Sud Oranais. *Presse méd*, 25 mai 1907.

A propos du Congrès français de chirurgie. *Presse méd.*, 21 octobre 1908.

La faculté de médecine française de Beyrouth. *Presse méd.*, 28 juin 1911.

A propos du vote sur la limitation des débits de boisson. *Presse méd.*, 15 mai 1912.

Pour l'aviation militaire. *Presse méd.*, 15 mai 1912.

L'évolution de l'hystérectomie depuis vingt-cinq ans. Livre d'or du Prof. Treub, 1912.

Le Journal de chirurgie de Bucarest. *Presse méd.*, 12 juillet 1913.

Les blessés sur la côte d'Azur. *Presse méd.*, 4 mars 1915.

Une conférence à Rome. *Presse méd.*, 28 octobre 1915.

La chirurgie française dans les cinquante dernières années. *Presse méd.*, 13 décembre 1915.

Compte rendu des travaux de la Société de chirurgie pendant l'année 1915. *Bull. Soc. chir.*, 25 janvier 1916.

La chirurgie de guerre. Conférence faite à La Panne, le 25 mars 1916.

L'ambulance de l'Océan à la Panne. *Presse méd.*, 27 mai 1916.

La chirurgie de guerre. *Revue des Deux Mondes*, 15 octobre 1916.

L'esprit latin et l'art chirurgical. *Riforma med.*, 15 février 1919.

L'enseignement de la chirurgie. *Presse méd.*, 29 mai 1919.

A propos du Congrès de chirurgie. *Presse méd.*, 25 octobre 1919.

Éloge de J. J. Peyrot. *Bull. Soc. chir.*, 21 janvier 1920.

Comptes rendus à l'Assemblée générale de l'Association française de chirurgie, en qualité de secrétaire général (années 1918-1919-1920).

Nombreux rapports à M. le Sous-Secrétaire d'État du service de santé, en qualité de chirurgien consultant de la IVe armée (1916-1918).

Articles nécrologiques (*Presse Médicale*) :

Tillaux, 22 octobre 1904.
Paquelin, 6 mai 1905.
Von Mickuliez, 1er juillet 1905.
E. Chevalier, 30 septembre 1905.
P. Poirier, 4 mai 1907.
Félix Terrier, 11 avril 1908.
P. Berger, 21 octobre 1908.
Henry Cazalis, 14 juillet 1909.
L.-H. Farabeuf, 20 août 1910.
Aimé Guinard, 21 juin 1910.
Ch. Nélaton, 25 septembre 1910.
O. Lannelongue, 27 décembre 1911.
J. Albarran, 20 janvier 1912.
Lister, 21 février 1912.
P. Villemin, 3 juillet 1912.
P. Segond, 30 octobre 1912.
Lucas-Championnière, 25 oct. 1913.
Jaboulay, 8 novembre 1913.
P. Reclus, 1er août 1914.
E. Reymond, 29 octobre 1914.
Ch. Périer, 24 décembre 1914.
André Lépine, 29 avril 1915.
Léon Labbé, 30 mars 1916.
Eug. Doyen, 30 nov. 1916.
L. Picqué, 21 juin 1917.
J.-J. Peyrot, 15 novembre 1917.
Dudley Tait, 23 mai 1918.
S. Pozzi, 20 juin 1918.
H. Morestin, 20 février 1919.
A. Demoulin, 31 juillet 1919.
P. Regnier, 14 août 1919.
P. Tanton, 26 décembre 1918.
A. Demons, 10 juillet 1920.
F. Guyon, 28 juillet 1920.

---

83 663. — Paris, imprimerie Lahure, 9, rue de Fleurus.